

**INSTITUTO UNIVERSITÁRIO MILITAR
DEPARTAMENTO DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS
CURSO PROMOÇÃO A OFICIAL SUPERIOR
2017/2018**



TII

**CONSENTIMENTO INFORMADO/ESCLARECIDO
AO UTENTE INTERNADO NO HOSPITAL DAS
FORÇAS ARMADAS**

**O TEXTO CORRESPONDE A TRABALHO FEITO DURANTE A
FREQUÊNCIA DO CURSO NO IUM SENDO DA RESPONSABILIDADE DO
SEU AUTOR, NÃO CONSTITUINDO ASSIM DOCTRINA OFICIAL DAS
FORÇAS ARMADAS PORTUGUESAS OU DA GUARDA NACIONAL
REPUBLICANA.**

**Nuno Filipe Correia Teles Carvalho
CAP/TS**



**INSTITUTO UNIVERSITÁRIO MILITAR
DEPARTAMENTO DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS**

**CONSENTIMENTO INFORMADO/ESCLARECIDO
AO UTENTE INTERNADO NO HOSPITAL DAS
FORÇAS ARMADAS**

CAP, TS Nuno Filipe Correia Teles Carvalho

Trabalho de Investigação Individual do CPOS 2017/18

Pedrouços 2018



**INSTITUTO UNIVERSITÁRIO MILITAR
DEPARTAMENTO DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS**

**CONSENTIMENTO INFORMADO/ESCLARECIDO
AO UTENTE INTERNADO NO HOSPITAL DAS
FORÇAS ARMADAS**

CAP, TS Nuno Filipe Correia Teles Carvalho

Trabalho de Investigação Individual do CPOS 2017/18

Orientador: MAJ, PSI Marianne Cordeiro

Pedrouços 2018



Declaração de compromisso Antiplágio

Eu, Nuno Filipe Correia Teles Carvalho, declaro por minha honra que o documento intitulado Consentimento Informado/Esclarecido ao Utente Internado no Hospital das Forças Armadas, corresponde ao resultado da investigação por mim desenvolvida enquanto auditor do Curso de Promoção a Oficial Superior da Força Aérea 2017-2018, no Instituto Universitário Militar e que é um trabalho original, em que todos os contributos estão corretamente identificados em citações e nas respetivas referências bibliográficas.

Tenho consciência que a utilização de elementos alheios não identificados constitui grave falta ética, moral, legal e disciplinar.

Pedrouços, 28 de maio de 2018

Nuno Filipe Correia Teles Carvalho



Agradecimentos

À minha orientadora, Major Psicóloga Marianne Cordeiro, pela sua competência, disponibilidade, rigor e objetividade com que me orientou na elaboração deste trabalho.

Ao Senhor Diretor do Hospital das Forças Armadas, Brigadeiro General António Tomé, pelo apoio e incentivo à temática em estudo.

Ao corpo docente relacionado com esta área temática pelos ensinamentos, prontidão e dedicação demonstrada e que contribuiu para a realização do mesmo.

Aos camaradas de curso da parte específica e conjunta, em especial aos DIVINUS, presentes e ausentes, um bem haja por partilharem este período da minha carreira militar, onde as amizades mantidas e criadas, e o espírito de camaradagem, perdurarão para sempre.

A todos os profissionais, do Hospital das Forças Armadas-Pólo Lisboa que me apoiaram e comigo colaboraram, voando...marchando...navegando...

Aos utentes, para os quais existimos enquanto profissionais de saúde e que, pela sua colaboração, permitiram a realização deste trabalho.

Aos amigos de que muito me orgulho e comigo fizeram esta caminhada, andando...andando...Muito obrigado!

Por fim, um agradecimento muito especial aos “mais que tudo”, à Rosita, ao Pipe (Afonso) e ao Méquinhos (Gonçalito) que sempre me apoiaram nesta missão. A eles e restante família dedico este trabalho.



Índice

Introdução	10
1. Consentimento Informado/Esclarecido.....	13
1.1. Argumentação Ética.....	14
1.1.1. Princípio da Autonomia.....	14
1.1.2. Conteúdo e Metodologia	15
1.1.3. Barreiras ao Consentimento	16
1.1.4. Decisão do Utente	17
1.2. Fundamentação Legal	17
1.2.1. Constituição da Republica Portuguesa	17
1.2.2. Código Civil	18
1.2.3. Código Penal	18
1.2.4. Código Deontológico do Médico	19
1.2.5. Código Deontológico do Enfermeiro	19
1.2.6. Direção Geral de Saúde	19
1.2.7. Entidade Reguladora da Saúde.....	21
1.3. Hospital das Forças Armadas	21
1.4. Modelo de Análise	23
1.4.1. Seleção da Amostra	24
1.4.2. Recolha de Dados	24
2. Apresentação e Análise dos Dados	26
2.1. Caracterização da População	26
2.2. Processo do Consentimento Informado e Esclarecido.....	29
Conclusões.....	45
Bibliografia.....	50

Índice de Anexos

Anexo A —	Direção Geral de Saúde - Norma 015/2013	Anx A-1
Anexo B —	Boletim Clínico.....	Anx B-1
Anexo C —	Consentimento Informado e Esclarecido para Técnicas de Gastroenterologia.....	Anx C-1



Anexo D —	Consentimento Informado Livre e Esclarecido para Atos Médicos – Intervenção Cirúrgica	Anx D-1
Anexo E —	Consentimento Informado/Esclarecido da Anestesia	Anx E-1

Índice de Apêndices

Apêndice A —	Modelo de Análise - Pergunta de partida, Perguntas derivadas, Hipóteses, Conceitos, Dimensões e Indicadores.	Apd A-1
Apêndice B —	Questionário	Apd B-1
Apêndice C —	Pedido de Aplicação do Questionário	Apd C-1

Índice de Figuras

Figura 1 – Género da amostra.....	26
Figura 2 – Idade dos utentes	26
Figura 3 – Assistência médica dos utentes	27
Figura 4 – Admissão/baixa hospitalar dos utentes	27
Figura 5 – Foro do internamento	28
Figura 6 – Especialidade cirúrgica	28
Figura 7 – Especialidade médica	29
Figura 8 – Utentes sujeitos a técnica invasiva.....	30
Figura 9 – Tipo de técnica invasiva.....	30
Figura 10 – Esclarecimento da técnica invasiva.....	31
Figura 11 – Profissional que esclareceu o utente relativamente à técnica invasiva	31
Figura 12 – Utentes sujeitos a intervenção cirúrgica.....	32
Figura 13 – Especialidades associadas à cirurgia.....	32
Figura 14 – Esclarecimento relativamente à intervenção cirúrgica.....	33
Figura 15 – Profissional que esclareceu o utente relativamente à cirurgia	33
Figura 16 – Proposta de consentimento informado/esclarecido.....	34
Figura 17 – Situação clínica do utente a quem foi proposto o consentimento	35
Figura 18 – Tipo de consentimento informado/esclarecido	35
Figura 19 – Assinatura do consentimento informado/esclarecido	36
Figura 20 – Profissional que forneceu o consentimento informado/esclarecido.....	36
Figura 21 – Cópia do consentimento informado/esclarecido	37
Figura 22 – Altura (temporal) de entrega do consentimento informado/esclarecido	38
Figura 23 – Importância do consentimento para o utente	38
Figura 24 – Justificação da importância do consentimento para o utente.....	39



Figura 25 – Participação do utente no processo de decisão	40
Figura 26 – Justificação da não participação na tomada de decisão do utente.....	40
Figura 27 – Expetativas do utente face ao procedimento e dados fornecidos pelo profissional de saúde.....	41
Figura 28 – Visão do utente face à informação/explicação fornecida.....	41
Figura 29 – Satisfação do utente relativamente ao consentimento informado/esclarecido .	42
Figura 30 – Justificação da satisfação do utente.....	42
Figura 31 – Justificação da insatisfação do utente face ao consentimento fornecido	43

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Atribuições do HFAR.....	22
-------------------------------------	----



Resumo

O presente trabalho de investigação teve como objetivo analisar o processo do Consentimento Informado/Esclarecido em vigor no Hospital das Forças Armadas-Pólo de Lisboa, fornecido/proposto ao utente internado nos departamentos médico e cirúrgico, verificando o seu esclarecimento e a satisfação.

A metodologia seguiu um raciocínio hipotético-dedutivo com a formulação de perguntas e hipóteses, adotando uma abordagem quantitativa e como instrumento de recolha de dados, o questionário, sendo os dados tratados no programa informático Excel¹.

A pergunta de partida que orientou este trabalho foi “De que forma o processo do Consentimento Informado/Esclarecido em vigor no Hospital das Forças Armadas-Pólo de Lisboa, fornecido/proposto ao utente internado, cumpre os requisitos éticos e legais?”

As dimensões analisadas envolveram duas vertentes fundamentais para o qual o consentimento é obrigatório, a Técnica Invasiva e a Intervenção Cirúrgica, e uma abordagem generalista, o seu Processo.

Como resultado final, concluiu-se que o processo do consentimento proposto aos utentes cumpre adequada e satisfatoriamente os requisitos ético-legais, apresentando lacunas que urge refletir, para as quais são efetuadas recomendações/sugestões, visando a melhoria dos cuidados de saúde.

Palavras-chave

Consentimento Informado/Esclarecido; Princípio da Autonomia; Direitos dos Utentes; Hospital das Forças Armadas – Pólo de Lisboa.

¹ Excel - é um editor de folhas de cálculo produzido pela Microsoft para computadores que utilizam o sistema operacional Microsoft Windows.



Abstract

The objective of the present research was to analyze the Informed Consent Process in force at the Armed Forces Hospital – Lisbon Campus, provided/proposed to the patient hospitalized in the medical and surgical departments, verifying their clarification and satisfaction.

The methodology followed a hypothetical-deductive reasoning with the formulation of questions and hypotheses, adopting a quantitative approach and as a data collection tool, the questionnaire, the data being processed in Excel software.

The starting question that guided this work was: "How does the Informed Consent Process in force in the Hospital of the Armed Forces-Lisbon, provided/proposed to the hospitalized patient, meet the ethical and legal requirements?"

The dimensions analyzed involved two fundamental aspects for which consent is mandatory, the Invasive Technique and Surgical Intervention, and a generalist approach, its Process.

As a final result, it was concluded that the consent process proposed to the users adequately and satisfactorily meets the ethical-legal requirements, presenting gaps that need to be reflected, for which recommendations are made to improve health care.

Keywords

Informed Consent Process; Principle of Autonomy; Rights of Patients; Armed Forces Hospital - Lisbon Campus.



Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

ADM - Assistência na Doença aos Militares
ADSE - Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado
CEMGFA - Chefe de Estado Maior das Forças Armadas
CI/E - Consentimento Informado/Esclarecido
CNECV - Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida
CPRE - Colangiopancreatografia Retrograda Endoscópica
CVC - Cateter Venoso Central
DGS - Direção Geral de Saúde
DL - Decreto de Lei
DN - Diário de Notícias
DR - Diário da República
ENG - Entubação-Naso-Gástrica
ERS - Entidade Reguladora da Saúde
FFAA - Forças Armadas
FDN - Forças Nacionais Destacadas
H - Hipótese
HFAR - Hospital das Forças Armadas
HFAR-PL - Hospital das Forças Armadas-Pólo Lisboa
IESM - Instituto de Estudos Superiores Militares
MDN - Ministério de Defesa Nacional
MS - Ministério da Saúde
Nº - Número
OE - Objetivo Específico
ORL - Otorrinolaringologia
PS - Profissional de Saúde
PP - Pergunta de Partida
PD - Perguntas Derivadas
SNS - Serviço Nacional de Saúde
TII - Trabalho de Investigação Individual



Introdução

O presente trabalho de investigação individual (TII) cuja temática é o Consentimento Informado/Esclarecido (CI/E), surge no âmbito do Curso de Promoção a Oficial Superior, a decorrer no Instituto Universitário Militar, no ano letivo 2017/2018.

O CI/E remonta ao caso Slater versus Baker & Stapleton, quando em 1767, o tribunal inglês responsabilizou dois médicos que, sem o consentimento do utente, partiram um osso da sua perna para tratar de uma fratura mal consolidada (Pereira, 2004).

Atualmente, o CI/E tem indicação para ser uma prática comum na prestação de cuidados de saúde em Portugal, constituindo um dever dos Profissionais de Saúde (PS) e um direito do utente, descrito em vários códigos e normas ético-legais. Com a evolução histórica, a atitude paternalista dos PS de substituição ao utente foi-se diluindo e começou a valorizar-se o princípio da autonomia do utente em detrimento da beneficência (praticar o bem).

Contudo, segundo a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), num estudo datado de maio de 2017, revela que, mais de metade dos PS, assim como de utentes inquiridos, apresentou um conhecimento inadequado ou problemático relativo ao CI/E (ERS, 2017).

Assim sendo, uma vez que não existem estudos publicados no Hospital das Forças Armadas-Pólo de Lisboa (HFAR-PL) que permitam avaliar o CI/E, segundo o seu Diretor, Tomé (2017), “torna-se importante e necessário conhecer esta temática, elaborando um estudo e consequente documento escrito, que sirva de suporte ao tema em causa. Sabendo se o processo do CI/E é corretamente aplicado e se os utentes estão satisfeitos com os esclarecimentos fornecidos pelos PS, podemos ajudar a nossa instituição no continuar ou alterar das linhas orientadoras em relação aos cuidados de saúde prestados.”

O objeto de estudo desta investigação é: O CI/E fornecido ao utente internado nos departamentos médicos e cirúrgicos do HFAR-PL, sendo o mesmo delimitado ao mês de janeiro de 2018 e abarcando as suas vertentes éticas e legais, analisando-o nas duas situações mais comuns a que o utente internado é submetido e que implicam a sua obrigatoriedade, a intervenção cirúrgica e a técnica invasiva².

Quanto ao objetivo geral desta investigação consiste em analisar o processo do CI/E em vigor no HFAR-PL, fornecido ao utente internado, do ponto de vista ético-legal,

² Técnica invasiva - diz-se do ato médico que envolve penetração no organismo ou em parte dele, por meio de incisão ou através da inserção de um instrumento (Dicionário Infopedia de Língua Portuguesa, 2003-2018).



verificando o esclarecimento e a satisfação do utente relativamente aos dados fornecidos pelos PS. Para isso, são delineados os seguintes objetivos específicos:

OE1 – Analisar o processo de obtenção do CI/E por parte do utente internado, identificando a categoria do PS que fornece/propõe o CI/E e em que situações clínicas ou de prestação de cuidados de saúde o faz.

OE2 – Verificar a adequação do modelo do CI/E, tipo e *timing* de entrega ao utente.

OE3 – Analisar a importância e o reconhecimento do CI/E para o utente, face à sua tomada de decisão.

OE4 – Avaliar a satisfação e o esclarecimento do utente face ao conteúdo do CI/E proposto.

Este estudo inicia-se com a seguinte Pergunta de Partida (PP):

– De que forma o processo do Consentimento Informado/Esclarecido em vigor no HFAR-PL, fornecido ao utente internado nos departamentos médico e cirúrgico, cumpre os requisitos éticos e legais?

Da PP surgem as seguintes Perguntas Derivadas (PD), cujas respostas, convergem para a sua resolução:

PD1 – Quais os PS que fornecem o CI/E e associado a que situações clínicas (técnica invasiva, intervenção cirúrgica)?

PD2 – Será o momento e o tipo de CI/E fornecido ao utente o mais adequado?

PD3 – Que importância atribui o utente ao CI/E?

PD4 – De que forma o utente fica, mais do que informado, satisfeito e esclarecido face aos dados que lhe são fornecidos no CI/E?

Da formulação das questões anteriores surgem as hipóteses de investigação.

H1 – É o PS executante do exame, técnica ou intervenção a fornecer ao utente os respetivos dados inerentes à situação.

H2 – O CI/E deve ser oral e escrito, assinado pelo utente, contendo todos os dados obrigatórios e entregue em tempo útil (prévio).

H3 – O utente reconhece o CI/E como importante, porque é um direito que lhe assiste para que possa, em consciência, tomar decisões relativamente à sua pessoa.

H4 – O utente fica satisfeito e esclarecido com o CI/E, uma vez que este fornece todos os dados descritos nos vários códigos ético-legais.

A metodologia proposta segue um raciocínio hipotético-dedutivo com a formulação de perguntas e respetivas hipóteses, dedução de consequências que serão testadas ou



falseadas (IESM, 2016). Adotar-se-á uma abordagem quantitativa, utilizando como instrumento de recolha de dados, a técnica por inquérito de questionário, num modelo de perguntas fechadas (Fortin, 1999), sendo os dados tratados no programa informático Excel.

Efetuar-se-á um estudo transversal, de natureza descritiva, para medir e explicar o resultado da exposição a um determinado estímulo numa população e num certo momento temporal e de natureza descritiva (IESM, 2015a). Serão realizadas entrevistas exploratórias, no sentido de enquadrar a temática do CI/E relativamente ao estado da arte atual.

O corpo deste TII está dividido em duas partes. Na primeira, apresenta-se o estado da arte, a caracterização do HFAR-PL e o método de análise. Na segunda, faz-se a apresentação e análise dos dados obtidos. Por fim, apresenta-se a conclusão, com o sumário das linhas do procedimento metodológico seguido, dos resultados obtidos, contributos para o conhecimento, recomendações e limitações da investigação (IESM, 2015b).



1. Consentimento Informado/Esclarecido

O CI/E é um processo e não simplesmente um documento escrito, que engloba, mais do que a apresentação da informação, o esclarecimento pelo PS, de forma a capacitar o utente, a autonomamente decidir a sua aceitação ou negação, perante a proposta de intervenção. Trata-se de uma ação livre e voluntária feita por uma pessoa autónoma, maior e na posse das suas faculdades mentais, de forma a expressar a sua decisão, perante algo que é proposto por alguém (Engelhardt, 1996).

Segundo Engelhardt (1996), eticamente o CI/E é imprescindível em todas as situações de saúde, uma vez que:

- É a forma de obter permissão ou de autorizar o uso dos outros;
- Respeita de várias formas a dignidade individual;
- Endossa vários valores associados à liberdade dos indivíduos;
- Reconhece que os indivíduos são frequentemente os melhores juízes para si próprios;
- Mesmo que estes não sejam os melhores juízes, reconhece que a satisfação duma escolha livre é frequentemente preferível, em relação a escolha acertada feita por terceiros;
- Reflete a circunstancial relação médico-utente, que muitas vezes se torna capaz de criar a obrigação de revelação da informação.

Já do ponto de vista legal, segundo Rodrigues (2001), podem ser admitidas duas formas como prova do consentimento. O tácito corresponde às manifestações comportamentais e verbais do utente que permitem concluir da sua aprovação perante as intervenções e cuidados propostos. O expresso, que corresponde a uma expressão documental do consentimento.

Legalmente, também existe o chamado Consentimento Presumido “...quando a situação que o agente atua permitir razoavelmente supor, que o titular do interesse juridicamente protegido teria eficazmente consentido no facto, se conhecesse as circunstâncias em que este é praticado”³.

³ - Artigo 39º, n.º2 do Código Penal



1.1. Argumentação Ética

Relativamente à vertente ética, o CI/E visa, fundamentalmente, o respeito pela autodeterminação da pessoa humana e o direito a decidir sobre o seu próprio corpo.

1.1.1. Princípio da Autonomia

A autonomia é o princípio ético fundamental. Esta posição ética é fundamentada no facto de vivermos numa sociedade secular e pluralista e o princípio da beneficência assumir grande variabilidade. A autonomia é percebida como fonte de autoridade moral e o respeito pelo direito de consentimento a condição necessária, que possibilita a existência de uma comunidade moral (Engelhardt, 1996).

Este princípio apresenta duas características essenciais: liberdade e ser agente. O primeiro significa atuar de forma independentemente de influências. Quanto ao segundo, pode-se traduzir como ter capacidade de atuar com intenção.

A autonomia pressupõe capacidade de escolha das várias alternativas propostas, exigindo poder de decisão que não depende, necessariamente, de muitas hipóteses de escolha, mas que também não se devem reduzir ao ponto em que não haja alternativas. Isto é, o poder de decisão autónoma deve resultar da ponderação das diferentes, mas realistas, opções em questão.

O princípio da autonomia em saúde opõe-se à prática paternalista, na qual o PS atua na convicção de saber melhor do que o utente, o que mais lhe convém. Para Kant (2000), toda a pessoa autónoma é um fim em si mesma, capaz de determinar o seu próprio destino, mas o imperativo categórico obriga a respeitar as outras pessoas também como fins em si próprias, e por isso a elas condicionada na sua autonomia.

Nas relações PS/Utente, a autonomia tem de ser respeitada por ambas as partes, uma vez que cada um dos intervenientes tem a sua própria formação cultural e de valores éticos, pelo que a linguagem deve ter os mesmos pressupostos para que, num respeito mútuo, nenhuma delas possa ser condicionante total da autonomia do outro.

Contudo, continua-se a dizer ao utente: “tem que assinar este papel, sem o qual não pode ser operado”. Esclarecer o utente, mais do que pedir a sua assinatura para o tratamento a que vai ser submetido, pode-se chamar “parceria terapêutica”. Só desta forma, estando informado, “o utente poderá usufruir do seu direito, chamado princípio da autonomia e tomar uma decisão livre e esclarecida relativamente ao seu processo terapêutico e à sua saúde” (Barbosa, 2017).



1.1.2. Conteúdo e Metodologia

Segundo Garcia e Correa (1997) os constituintes do CI/E são três: a informação, o comportamento do PS e o comportamento e informação do utente.

A informação deve incluir as seguintes características:

- A doença e a sua evolução;
- Os procedimentos diagnósticos e terapêuticos;
- Os riscos potenciais;
- Os benefícios reais e potenciais;
- Os custos inerentes aos procedimentos;
- Os conteúdos o mais completos possível e ao mesmo tempo acessíveis ao nível cultural do utente (Garcia e Correa, 1997).

A estas pode-se acrescentar, de acordo com Lorda (1993):

- Comunicação ao utente da sua liberdade para reconsiderar, em qualquer momento, a decisão tomada;
- Possíveis procedimentos alternativos, com os riscos, mal-estar e efeitos secundários de cada um, com uma explicação dos critérios que orientaram o PS na sua decisão de recomendar o tratamento escolhido;
- Efeitos previsíveis da não realização de nenhum dos procedimentos possíveis;
- Comunicação ao utente da disposição do PS para ampliar toda a informação, se o utente assim o desejar e a tentar esclarecer todas as dúvidas que surjam.

Do PS espera-se que seja completamente isento, neutro e honesto e não manipule o utente, a informação ou esclarecimento no sentido das hipóteses apresentadas (Garcia e Correa, 1997).

Quanto ao comportamento e informação do utente dever-se-á pautar pelos seguintes princípios:

- Proporcionar informações o mais completas possível de todos os fatores que possam ser relevantes para o seu caso;
- Deve ter em conta todas as informações recebidas para tomar uma decisão racional;
- Deve, sempre que possível, estar emocionalmente estável e livre de pressão psicológica que possa afetar a sua decisão;



- Depois de receber o diagnóstico ou tratamento, deve confirmar que a decisão tomada foi a mais correta e correspondia ao sistema de valores e crenças pessoais.

Ainda assim, o utente tem o direito a não querer ser informado/esclarecido sobre o seu estado de saúde, sendo que esta vontade deve ser respeitada. Contudo, não isenta o profissional de obter um consentimento escrito (Garcia e Correa, 1997).

Para Serrão (1996), entre os PS, muitos continuam a pensar que a obtenção do CI/E, com respeito pelos pontos enunciados, é prejudicial ao utente, uma vez que pode quebrar a relação de confiança existente, sendo preferível continuar com a atitude paternalista de se substituir ao utente, decidindo o que é o melhor para ele.

1.1.3. Barreiras ao Consentimento

Apesar de todas as recomendações éticas e legais, o CI/E não parece ser uma realidade concreta, reconhecida, defendida e utilizada na prática dos cuidados de saúde prestados aos utentes. Serrão (1996) é apologista que, numa perspetiva social e cultural, as causas prováveis da não utilização/concretização do CI/E está: no peso desajustado da tradição, na desumanização real das estruturas de prestação de cuidados de saúde e nos profissionais de saúde. A estes podemos somar, como refere Levinsky (1996), as barreiras socioeconómicas e institucionais e as barreiras de *management* dos cuidados de saúde.

O peso desajustado da tradição tem a ver com o fenómeno cultural e social português que é, na área da saúde, desorganizado e pouco evoluído em termos de conhecimentos (Serrão, 1996).

A real desumanização das estruturas de prestação de cuidados de saúde é por demais evidente. O utente é recebido/atendido por um secretário/administrativo, sendo-lhe atribuído uma senha com um número e uma ficha que o irão acompanhar durante o seu percurso na instituição de saúde. A pessoa passa a ser o caso A, com o número B e a patologia C, sem que lhe seja valorizado a sua própria pessoa humana, com uma história pessoal, familiar, social e profissional, que deve ser esclarecido e decidir em conjunto com o PS, a sua saúde e vida (Serrão, 1996).

Quanto ao mais peculiar dos motivos, o PS, com a sua formação paternalista, orientada para vencer a doença, esquece-se de aprender a lidar com o utente/família, num ambiente complexo, onde o CI/E muitas vezes não é aplicado, e quando aplicado é desajustado, uma vez que, mesmo havendo um formulário assinado, este não é de todo um documento que expressa a liberdade conhecedora duma decisão (Serrão, 1996).



Quanto às barreiras socioeconómicas e institucionais, apesar das considerações e deveres legais no que diz respeito aos procedimentos que contribuam para a decisão do utente, relativas às instituições e PS, estes não cumprem esses deveres por diversos fatores dos quais se podem destacar: pressões financeiras, manutenção do poder, sucesso e escassez de recursos e, resultando assim perda de direitos dos utentes relativamente ao facto de ser informado para poder decidir (Levinsky, 1996).

1.1.4. Decisão do Utente

Para Serrão (1996), depois de corretamente informado e esclarecido, o utente pode e deve escolher uma de quatro decisões:

- Aceita a proposta do PS, considerando que os conhecimentos, a experiência e a prudência são garantia de que a proposta é a melhor. Numa relação profissional-utente bem estruturada esta será a decisão mais comum dos utentes;
- Uma segunda decisão o utente não aceita a proposta preferida pelo profissional, mas uma das alternativas, porque a considerou mais adequada aos seus valores e às suas preferências. Esta decisão é moralmente correta, mesmo que, no critério estrito médico de risco–benefício, não seja a melhor, o profissional deve, eticamente, aceitá-la, vigiando cuidadosamente a sua execução;
- Numa terceira hipótese o utente pode recusar todas as alternativas;
- Por último o utente pode recusar todas as alternativas e solicitar uma atuação que no parecer do profissional, seja imprudente, insensata ou irracional. Embora raras, estas decisões levantam difíceis problemas éticos, sociais e jurídicos.

1.2. **Fundamentação Legal**

Do ponto de vista legal, o CI/E está presente em diversos artigos da lei portuguesa como dever profissional e direito do utente.

1.2.1. Constituição da República Portuguesa

“Portugal é uma república soberana baseada na dignidade da pessoa humana”⁴, sendo “a vida humana inviolável”⁵, bem como “a integridade moral e física das pessoas...”⁶. Estes são princípios basilares da democracia e da constituição aprovada em Assembleia

⁴ - Artigo 1º da Constituição da República Portuguesa

⁵ - Artigo 24º da Constituição da República Portuguesa

⁶ - Artigo 25º da Constituição da República Portuguesa



Constituinte em 2 de abril de 1976 e mais tarde atualizada pela lei constitucional nº 1/97 de 20 de setembro.

Assim sendo, “todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover”⁷, e tendo “os consumidores direito à qualidade de bens e serviços, à informação, à proteção da saúde... bem como à reparação de danos”⁸.

1.2.2. Código Civil

O indivíduo que “causar danos a outrem no exercício de uma atividade perigosa por sua própria natureza ou pela natureza dos meios utilizados, é obrigado a repará-los, exceto se mostrar que empregou todas as providências exigidas pelas circunstâncias com o fim de o prevenir”⁹.

No caso do CI/E “a obrigação de indemnizar existe, porém, quando se tenha assumido a responsabilidade pelos danos, quando havia o dever jurídico de dar conselho, recomendação ou informação”¹⁰.

1.2.3. Código Penal

“O consentimento pode ser expresso por qualquer meio que traduza uma vontade séria, livre e esclarecida do titular do interesse juridicamente protegido... e só é eficaz se for prestado por quem tiver mais de catorze anos e possuir discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance”¹¹.

“O consentimento só será eficaz quando o paciente tiver sido devidamente esclarecido...”¹², especificamente nas “intervenções e tratamentos que segundo o estado dos conhecimentos se mostrarem indicados e forem levados a cabo, de acordo com as *leges artis*, por pessoa legalmente autorizada...”¹³.

As exceções à punição pela falta de consentimento para as intervenções referidas anteriormente são:

- “Só puder ser obtido com adiamento que implique perigo para a vida ou perigo grave para o corpo ou para a saúde;

⁷ - Artigo 64º da Constituição da República Portuguesa

⁸ - Artigo 60º da Constituição da República Portuguesa

⁹ - Artigo 493º do Código Civil

¹⁰ - Artigo 485º do Código Civil

¹¹ - Artigo 38º do Código Penal

¹² - Artigo 157º do Código Penal

¹³ - Artigo 150º do Código Penal



- Tiver sido dado para certa intervenção ou tratamento, tendo vindo a realizar-se outro diferente por se ter revelado imposto pelo estado dos conhecimentos da medicina...”¹⁴.

1.2.4. Código Deontológico do Médico

Segundo o Código Deontológico “o médico que aceite o encargo ou tenha o dever de atender um utente obriga-se por esse facto à prestação dos melhores cuidados ao seu alcance”¹⁵. “Deve procurar esclarecer o utente, a família... acerca dos métodos de diagnóstico ou de terapêutica que pretende aplicar”¹⁶.

No caso de intervenções cirúrgicas e exames o utente tem de ser “...devidamente esclarecido quanto às finalidades e consequências desses atos e dar o seu consentimento”¹⁷.

1.2.5. Código Deontológico do Enfermeiro

Segundo este Código Deontológico “as intervenções do enfermeiro são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”¹⁸.

O enfermeiro deve, no respeito pelo direito à autodeterminação, informar o indivíduo relativamente aos cuidados de enfermagem, “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem; informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter”¹⁹, “cumprindo as convenções e recomendações internacionais que lhe sejam aplicáveis e que tenham sido, respetivamente ratificadas e adotadas pelos órgãos de soberania competentes”²⁰.

1.2.6. Direção Geral de Saúde

Segundo o Decreto Regulamentar N.º 14/2012 do Diário da República, 1.ª série - N.º 19 de 26 de janeiro, a Direção Geral de Saúde (DGS) prossegue, entre outras, as seguintes atribuições:

- Emitir normas e orientações, quer clínicas quer organizacionais, desenvolver e promover a execução de programas em matéria de saúde pública e para melhoria da

¹⁴ - Artigo 156º do Código Penal

¹⁵ - Artigo 26º do Código Deontológico do Médico

¹⁶ - Artigo 38º do Código Deontológico do Médico

¹⁷ - Artigo 61º do Código Deontológico do Médico

¹⁸ - Artigo 78º do Código Deontológico do Enfermeiro

¹⁹ - Artigo 84º do Código Deontológico do Enfermeiro

²⁰ - Artigo 76º do Código Deontológico do Enfermeiro



prestação de cuidados em áreas relevantes da saúde, nomeadamente nos cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados e paliativos (MS, 2012).

Para Francisco George (2013), Diretor-Geral de Saúde, citado por Gomes (2013), “o princípio de que o utente tem direito a ser informado sobre a sua situação clínica, a poder fazer perguntas ao médico e a consentir o tratamento a que vai ser sujeito, está prevista em vários diplomas legais, mas, na prática, nada está uniformizado e a sua existência fica, muitas vezes ao critério dos membros da equipa médica”.

Desta forma, a DGS cria a Norma N° 015/2013 de 03/10/2013 atualizada a 04/11/2015 (Anexo A) sobre o consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito, devendo este:

- a) Ser feito em duplicado, para que um dos exemplares possa ficar na posse da pessoa;
- b) Identificar a unidade de saúde/instituição;
- c) Apresentar de forma legível o nome, a assinatura, o número de cédula profissional ou número mecanográfico e contato institucional do profissional que dá a informação e recolhe o consentimento;
- d) Identificar o ato/intervenção proposto e a sua natureza;
- e) Descrever o diagnóstico e a situação clínica e os objetivos que se pretendem alcançar com o ato/intervenção proposto;
- f) Identificar os potenciais benefícios, riscos frequentes e riscos graves associados ao ato/procedimento e as eventuais alternativas viáveis e cientificamente reconhecidas;
- g) Identificar os potenciais riscos decorrentes de uma não intervenção, em caso de dissentimento (DGS, 2015).

O objetivo da Norma é tornar esta prática obrigatória em todo o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e uniformizá-la criando um modelo tipo, de uso obrigatório. “Tem que entrar na rotina, ser sistemático. É um aspeto essencial na prática médica que temos que observar com grande rigor”, reforça Francisco George (2013), citado por Gomes (2013).

Esta norma, vai de encontro ao preconizado na Carta dos Direitos Fundamentais dos Doentes, que refere: “o doente tem o direito a ser informado sobre a sua situação de saúde... de forma completa e verdadeira sobre o seu estado... esta informação deve ser prestada de forma clara...e deve conter elementos relativos ao diagnóstico (tipo de doença), ao prognóstico (evolução da doença), tratamentos a efetuar, possíveis riscos e eventuais tratamentos alternativo” (DGS, 2005).



1.2.7. Entidade Reguladora da Saúde

Segundo o relatório do estudo realizado em 16 de maio de 2017 pela ERS, e apesar de todos estes imperativos legais, “mais de metade dos profissionais dos cuidados de saúde inquiridos, revelou um conhecimento inadequado ou problemático dos direitos dos utentes, sobretudo no que respeita ao consentimento informado” (DN, 2017). Entre os PS, foram analisadas mais de 3400 respostas, a exercer funções no setor privado, público ou na área social, abrangendo médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico, técnicos superiores de saúde ou administrativos. Quanto aos utentes, foram avaliadas mais de mil respostas, tendo a amostra sido estruturada para refletir as características da população residente em Portugal continental com idade igual ou superior a 18 anos. Segundo o estudo, mais de 50% dos utentes desconhecem que o consentimento informado “é sempre necessário” e que tem de ser realizado oralmente e por escrito. Como conclusão, menos de 40% dos profissionais de saúde e 26,6% dos profissionais administrativos responderam acertadamente relativamente ao consentimento (DN, 2017).

1.3. Hospital das Forças Armadas

Uma vez “extintos o Hospital da Marinha, o Hospital Militar Principal, o Hospital Militar de Belém e o Hospital da Força Aérea”, Decreto de Lei (DL) N° 187/2012, artigo 7.º (MDN, 2012a), é criado o Hospital das Forças Armadas (HFAR), DL N° 84/2014, de 27 de maio (MDN, 2014b). Trata-se de um estabelecimento hospitalar militar único, na dependência do Chefe do Estado-Maior das Forças Armadas (CEMGFA), constituído pelo Pólo de Lisboa, no Lumiar, também designado “Campus de Saúde Militar”, e pelo Pólo do Porto, nas antigas instalações do “Hospital Militar Regional N° 1”.

Segundo o artigo 4.º do DL N° 84/2014, de 27 de maio (MDN, 2014b), o HFAR tem como missão “prestar cuidados de saúde diferenciados aos militares das Forças Armadas (FFAA), bem como à família militar e aos deficientes militares, podendo, na sequência de acordos que venha a celebrar, prestar cuidados de saúde a outros utentes”, tendo como atribuições as descritas na tabela seguinte:



Tabela 1 – Atribuições do HFAR

Atribuições do HFAR	<p>a) Prestar cuidados de saúde aos militares das FFAA, independentemente da forma de prestação de serviço e da situação;</p> <p>b) Prestar cuidados de saúde aos beneficiários da Assistência na Doença aos Militares (ADM) das FFAA;</p> <p>c) Colaborar no âmbito da saúde operacional, aprontamento sanitário e apoio aos militares que integram as Forças Nacionais Destacadas (FND) ou outras missões fora do território nacional;</p> <p>d) Colaborar na formação e treino do pessoal de saúde que integra as FND e outras missões fora do território nacional;</p> <p>e) Colaborar nos processos de seleção e inspeção médica dos militares das FFAA;</p> <p>f) Assegurar o provimento dos quadros técnicos de cuidados diferenciados em ordem de batalha, para efeitos de treino, exercícios e emprego operacional de unidades dos ramos das FFAA;</p> <p>g) Promover a cooperação e articulação com o SNS;</p> <p>h) Assegurar ao pessoal de saúde as condições necessárias ao ensino, formação e treino pós-graduado e à formação em contexto de trabalho, na vertente hospitalar;</p> <p>i) Apoiar ações de formação e de investigação e cooperar com instituições de ensino nestes domínios;</p> <p>j) Articular com as estruturas do SNS e com as autoridades de proteção civil as modalidades de resposta às situações de acidente grave ou catástrofe;</p> <p>k) Promover a cooperação com estabelecimentos de saúde de países terceiros, principalmente no espaço da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa.</p>
---------------------	---

Fonte: (Ministério da Defesa Nacional, 2014b)

Esta prestação de cuidados de saúde diferenciada implica, não só ética, mas também legalmente, a utilização contínua e sistemática do CI/E a todos os utentes sempre que a situação o exija. Atualmente, no HFAR está preconizado a utilização deste instrumento, segundo o Enfermeiro Coordenador, Armando (2017) “em exames médicos das várias especialidades com recurso a técnica invasiva e intervenções cirúrgicas, havendo documento próprio para os diferentes casos”. Assim sendo, neste estudo optou-se por abordar estas duas áreas, uma vez que são elas as mais significativas e de carácter obrigatório no utente internado no HFAR.

O HFAR-PL, quanto aos serviços de internamento está dividido em dois departamentos, o médico e o cirúrgico, com duas alas cada (A e B).

Relativamente ao Departamento Médico, o utente pode baixar ao internamento vindo da urgência ou da consulta. No caso de baixa pela urgência, não existe nenhum documento de CI/E assinado pelo utente, somente folhas de registo manuscrito (Anexo B) que



constituem o processo clínico do utente, caso falhe o sistema informático, tratando-se, por isso, do Consentimento Presumido. Quanto ao utente vindo da consulta e que necessita de algum exame com recurso a técnica invasiva, o esclarecimento e respetivo documento vem assinado pelo utente. São exemplos disso os exames da especialidade de Gastroenterologia (Anexo C).

No departamento cirúrgico o utente vindo da consulta para cirurgia programada, baixa ao hospital com o processo do CI/E (esclarecimento e documento) efetuado (Anexo D). Se vier encaminhado duma situação urgente, o mesmo deverá ser efetuado no serviço, o mais precocemente possível. Relativamente à especialidade de anestesia, a maioria das vezes associada à intervenção cirúrgica, também ela possui o CI/E autónomo (Anexo E).

1.4. Modelo de Análise

O modelo de análise foi desenvolvido no domínio conceptual e metodológico. Para Fortin (1999), “o tipo de estudo descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação vise descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade”.

Assim sendo, no domínio conceptual, seguindo-se as hipóteses estipuladas no mapa conceptual foram desconstruídos os conceitos em dimensões e indicadores (Apêndice A).

No domínio metodológico, o estudo realizado foi exploratório/ descritivo, analítico, transversal e de abordagem quantitativa.

Opta-se por um estudo exploratório uma vez que existem poucos conhecimentos sobre o fenómeno em causa (CI/E no HFAR-PL), sendo que orientámos o nosso estudo para a descrição de um conceito ou facto. Realizam-se três entrevistas exploratórias, de modo a enquadrar e direccionar este tema relativamente ao estado da arte atual. São elas, ao Brigadeiro-General António Tomé, Diretor do HFAR, Major Armando Armando, Enfermeiro Coordenador do mesmo e Professor Doutor António Barbosa, Diretor do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, por se tratarem de individualidades de referência do HFAR e da própria temática em questão.

O método é descritivo, quanto à categoria da investigação, que para Carmo e Ferreira (1998), “implica estudar, compreender e explicar a situação atual do objeto de investigação”.

Trata-se de um estudo analítico pois, pretende-se registar pormenorizadamente, examinar e criticar os dados recolhidos de modo a colher informação que forneça respostas às questões colocadas.



Relativamente à dimensão temporal, o estudo é transversal, uma vez que num determinado momento, os acontecimentos, factos e modo de procedimentos existentes são comparados e avaliados.

Quanto à abordagem efetuada, trata-se de um estudo de carácter quantitativo, visto considerar-se a que melhor se adapta ao estudo, uma vez que se aplica um questionário com perguntas fechadas, procurando encontrar relações entre variáveis recorrendo ao tratamento estatístico dos dados recolhidos.

1.4.1. Seleção da Amostra

Para Carmo e Ferreira (1998), “população ou universo é o conjunto de elementos abrangidos por uma mesma definição”. A população escolhida sobre a qual incidiu o estudo abrange os utentes internados nos Departamentos Médico e Cirúrgico do HFAR-PL.

Sendo amostra, para Carmo e Ferreira (1998), “uma parte ou subconjunto de uma dada população ou universo”, e considerando o tipo de estudo que pretendemos efetuar, os objetivos traçados, a informação que desejamos obter e a limitação temporal, a dimensão da amostra será semi-aleatória e representada por 30 utentes conscientes e orientados no tempo, espaço e pessoa, com base na informação clínica disponível (15 médicos e 15 cirúrgicos).

1.4.2. Recolha de Dados

Para se obter resposta ao problema de investigação, foi necessário definir qual o método de colheita de dados a utilizar. Segundo Fortin (1999) “o processo de colheita de dados consiste em colher de forma sistemática a informação desejada junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para este fim”.

Como método de colheita de dados optou-se pela realização de um questionário (Apêndice B), uma vez que segundo Polit e Hungler (1995) “os questionários, são de menor custo, consumindo menos tempo... oferecendo a possibilidade do anonimato e não correndo o risco de tendenciosidade por parte do pesquisador”.

O questionário foi constituído por dezasseis perguntas fechadas, em que como refere Fortin (1999), “o sujeito é submetido a escolhas de respostas possíveis”. Opta-se por questões fechadas, uma vez que estas apresentam como vantagens: não exigir muito tempo para as respostas, sendo fáceis de codificar e por outro lado permitir uma uniformidade das medidas, fidelidade nos estudos e a aplicação de várias alternativas no tratamento estatístico (Fortin, 1999).

Quanto à estrutura, o questionário foi dividido em duas partes, a saber:



Parte I – Onde é feita a caracterização da amostra dos sujeitos do estudo (sexo, idade, tipo de assistência, admissão, foro do internamento/especialidade);

Parte II – Onde são efetuadas as questões para a recolha de dados do problema.

Para a aplicação do questionário foi redigido um pedido dirigido ao Senhor Diretor do HFAR (Apêndice C).

Após o deferimento do mesmo, procedeu-se à colheita dos dados que decorreu durante o mês de janeiro de 2018.



2. Apresentação e Análise dos Dados

2.1. Caracterização da População

Da amostra de 30 utentes constata-se que o género feminino, com 16 utentes, predomina face ao masculino com 14.

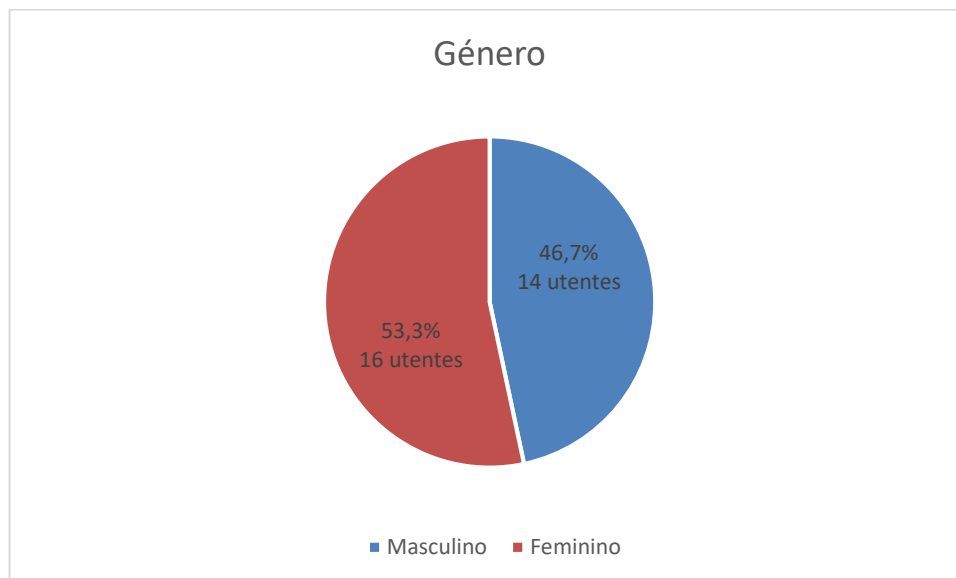


Figura 1 – Género da amostra.

A idade dos utentes variou entre os 20 e os 77 anos, sendo que a maioria se encontra no intervalo entre os 55 e 65 anos com 30%. Os primeiros três intervalos correspondem a utentes cirúrgicos das especialidades de ortopedia, otorrinolaringologia (ORL) e endocrinologia.

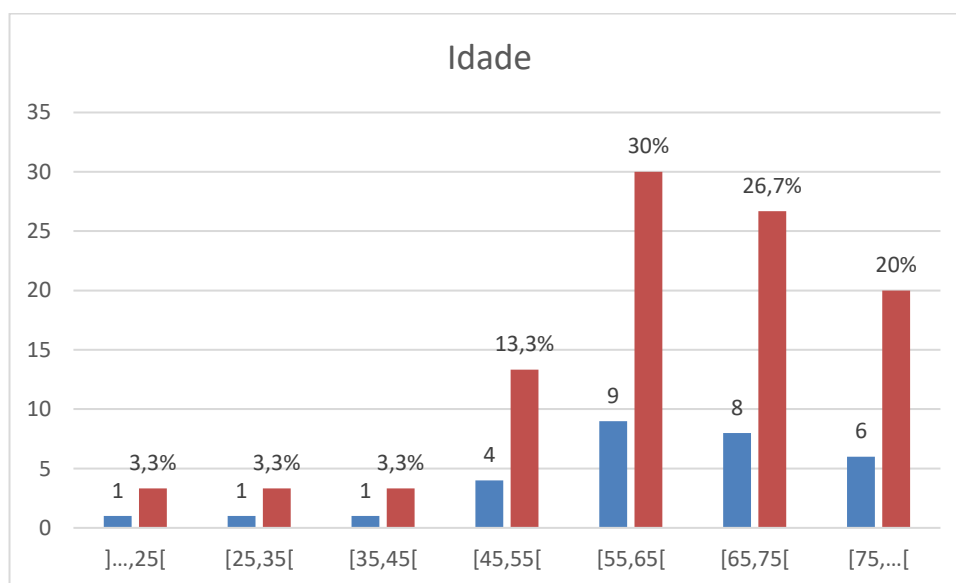


Figura 2 – Idade dos utentes.

Quanto à assistência médica, verificou-se que a ADM militar (15 utentes) e familiar (14 utentes) totaliza 29 utentes, sendo o restante uma utente da Guarda Nacional



Republicana. Da amostra não constam utentes da Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado (ADSE). Estes dados comprovam que o HFAR recebe utentes essencialmente relacionados com a família militar.

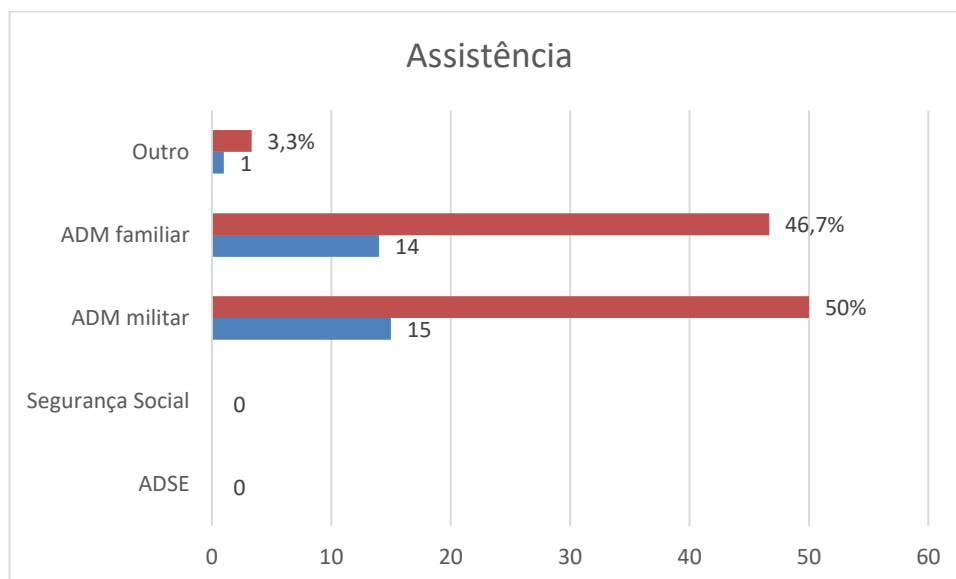


Figura 3 – Assistência médica dos utentes.

Da admissão dos 30 utentes, 10 são oriundos da urgência e destes 7 são do foro médico e 20 da consulta, sendo 12 do foro cirúrgico. Verificou-se que os utentes provêm fundamentalmente da consulta, tratando-se por isso de internamento programado para intervenção cirúrgica ou realização de exames. Contudo, a percentagem de utentes que baixa pela urgência é bastante significativa, 33,3%.

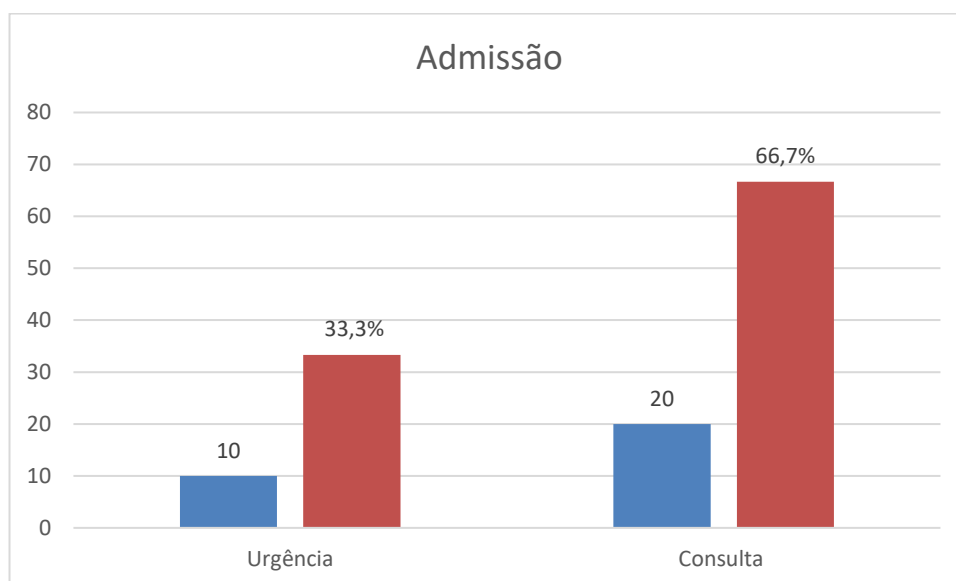


Figura 4 – Admissão/baixa hospitalar dos utentes.



Quanto ao foro do internamento, optou-se por uma amostra semi-aleatória de 15 utentes médicos e 15 cirúrgicos, de modo a abranger uma população diversificada, com diferentes idades, patologias e situações clínicas.

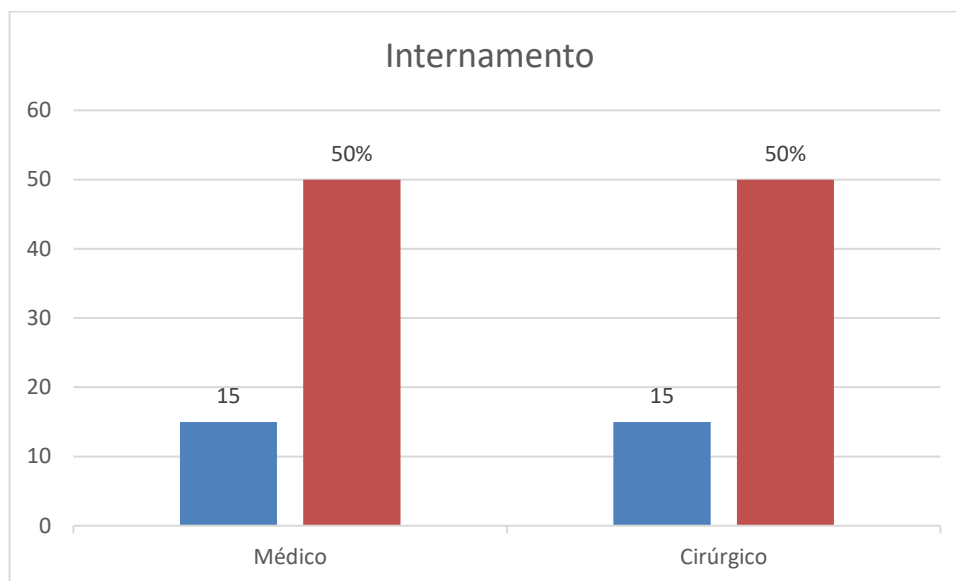


Figura 5 – Foro do internamento.

Relativamente à amostra do internamento cirúrgico sobressai a especialidade de Ortopedia com 33,3% dos utentes, o que corresponde àquela que mais opera e mais utentes tem internados no HFAR-PL.

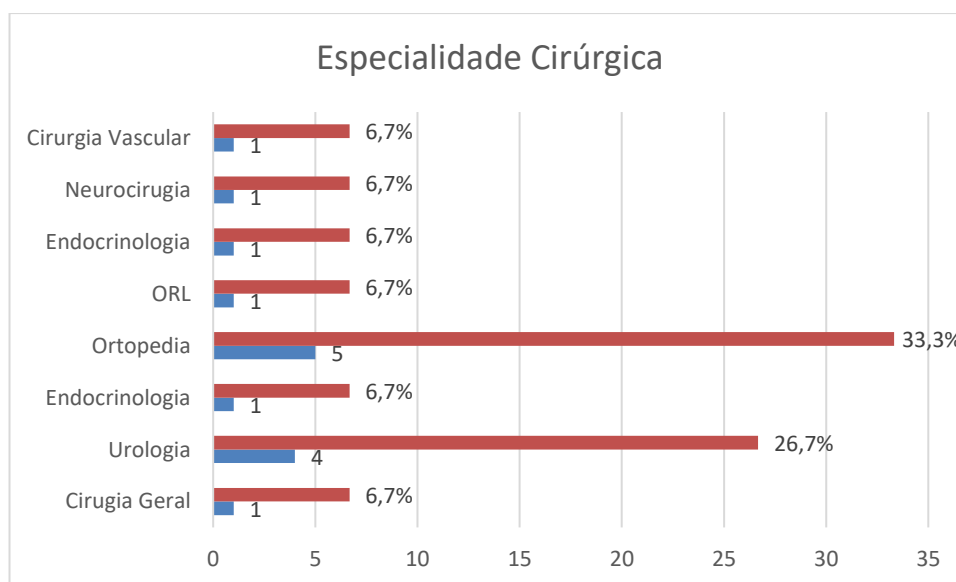


Figura 6 – Especialidade cirúrgica.

Quanto à amostra do internamento médico, esta comporta as especialidades da figura 7. Salienta-se a especialidade de Medicina Interna representada com 33,3% dos utentes, em conformidade com o maior número de internamentos da mesma, relativamente às outras especialidades médicas.

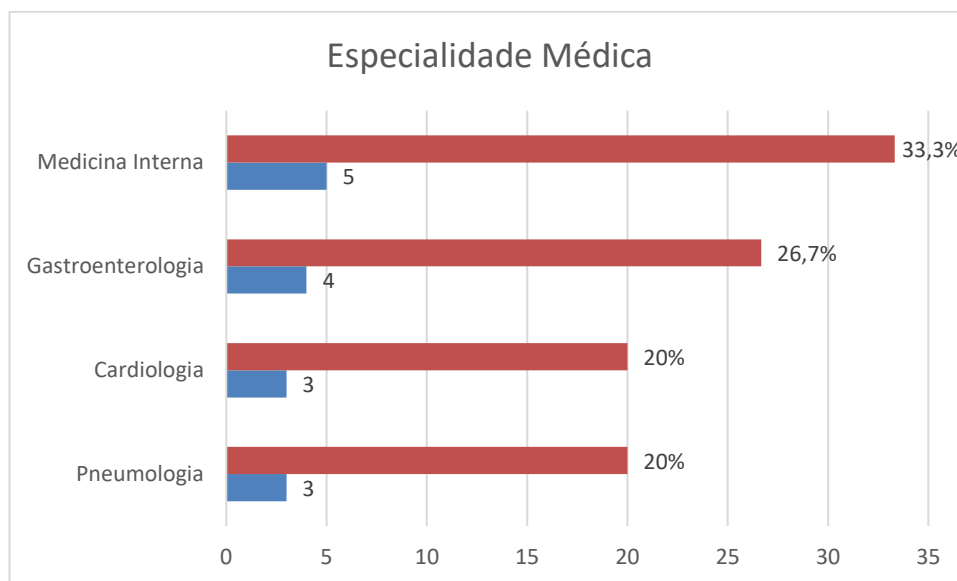


Figura 7 – Especialidade médica.

2.2. Processo do Consentimento Informado e Esclarecido

Para se entender melhor o processo do CI/E, o questionário, a apresentação e análise dos dados foi efetuada em duas situações específicas, onde o mesmo tem um papel fundamental, que são a Técnica Invasiva e a Intervenção Cirúrgica. Foi, igualmente, efetuada uma abordagem mais generalista referente ao processo do CI/E propriamente dito, proposto ao utente internado no HFAR-PL.

TÉCNICA INVASIVA

1. Durante o internamento foi sujeito a algum exame médico com recurso a técnica invasiva?

Dos 30 utentes médicos e cirúrgicos, 19 (6 utentes cirúrgicos e 13 médicos) foram sujeitos a técnica invasiva. Desta excluiu-se a colocação de Cateter Venoso Periférico, por se tratar duma técnica cujo consentimento costuma ser considerado presumido ao utente internado. Os restantes 11 utentes (9 cirúrgicos e 2 médicos não foram alvo de nenhuma técnica invasiva, exceto, obviamente dos intervencionados cirurgicamente).

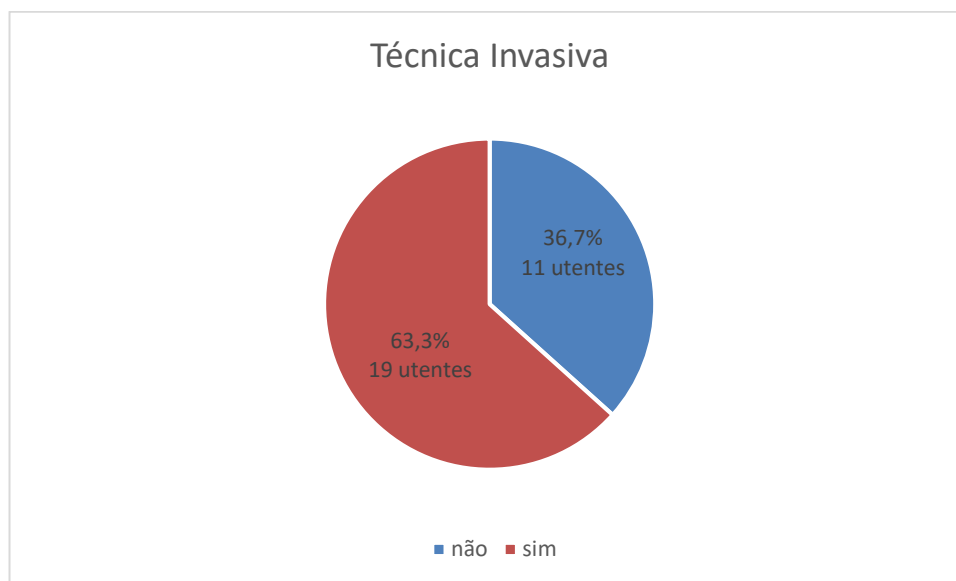


Figura 8 – Utentes sujeitos a técnica invasiva.

2. De que tipo?

Dos 19 utentes identificados no ponto acima, 2 foram sujeitos a biopsia, 2 a colonoscopia, 2 a colocação de Cateter Venoso Central (CVC) e 1 a Entubação-Naso-Gástrica (ENG), endoscopia e angiografia.

A técnica invasiva mais frequente na amostra foi a algaliação (15 utentes, dos quais 6 cirúrgicos e 9 médicos). 5 utentes foram alvo de outras técnicas, nomeadamente: colocação de drenos aspirativos (3 cirúrgicos) e Colangiopancreatografia Retrograda Endoscópica (CPRE) (2 utentes médicos), havendo utentes sujeitos a mais do que uma técnica invasiva.

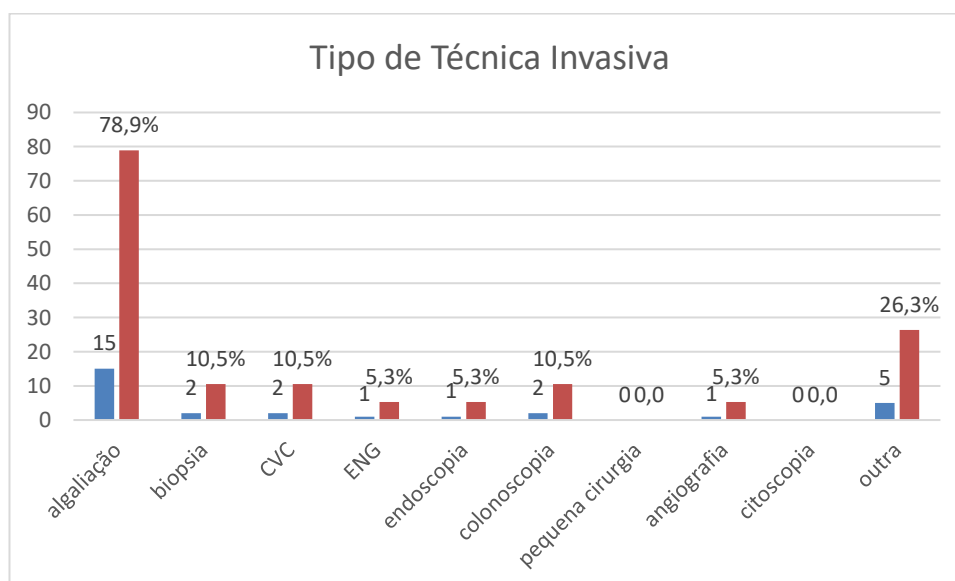


Figura 9 – Tipo de técnica invasiva.

3. Em relação à técnica invasiva foi esclarecido quanto a:



Analisando os parâmetros que devem ser esclarecidos ao utente alvo de técnica invasiva verifica-se que de 19 utentes, 18 sentiram-se esclarecidos relativamente à técnica utilizada e 16 sobre os riscos e benefícios. Contudo, houve uma percentagem muito baixa, de apenas 31,6%, esclarecida/informada sobre as alternativas à técnica executada.

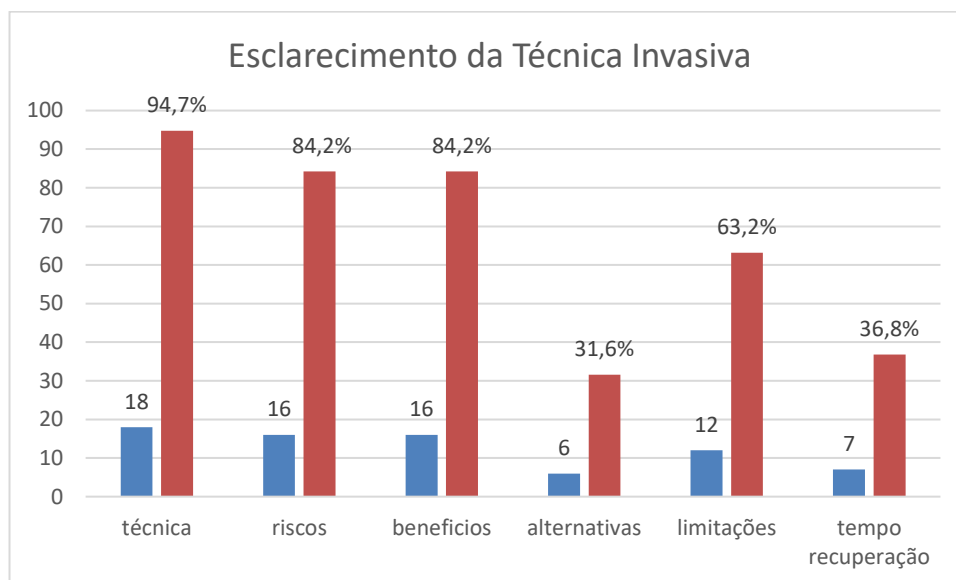


Figura 10 – Esclarecimento da técnica invasiva.

4. Qual foi o profissional que o esclareceu?

O PS que mais esclareceu o utente face à técnica invasiva foi o enfermeiro, a 18 utentes, em grande medida explicável pelo facto da maior percentagem das técnicas serem algaliasções, função essencialmente dessa classe profissional. 10 utentes foram esclarecidos pelo seu médico assistente e apenas 5 pelo médico que realizou a técnica, havendo utentes esclarecidos por mais do que uma classe profissional.

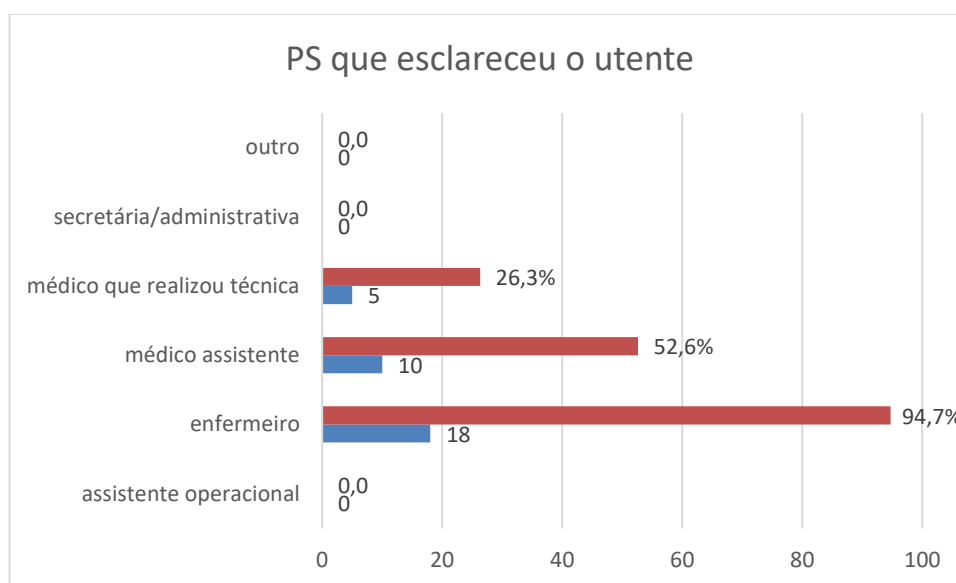


Figura 11 – Profissional que esclareceu o utente relativamente à técnica invasiva.



INTERVENÇÃO CIRÚRGICA

5. Durante o internamento foi alvo de intervenção cirúrgica?

Como definido inicialmente, a amostra foi dividida pelos 2 Departamentos Médico e Cirúrgico, sendo que 50%, 15 utentes, foi alvo de cirurgia.

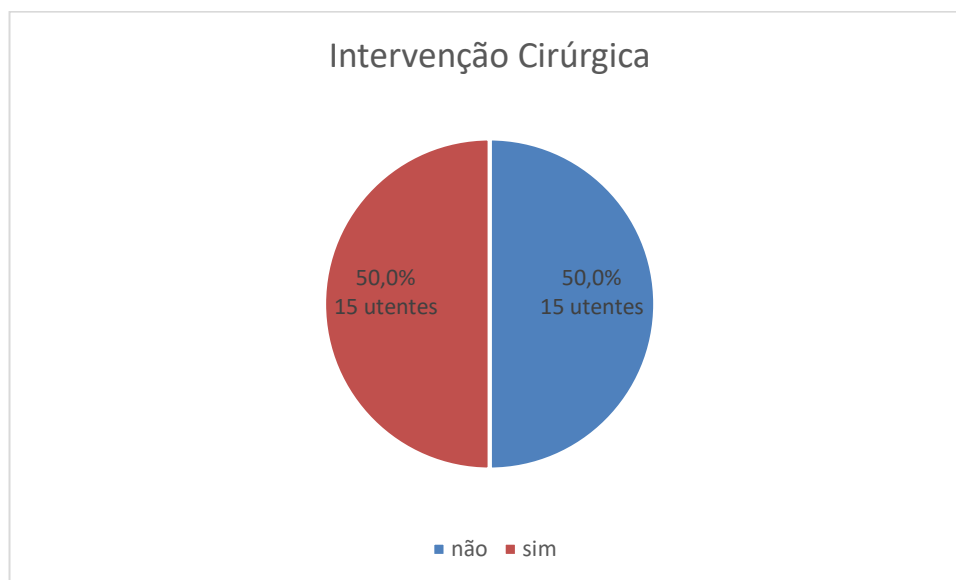


Figura 12 – Utentes sujeitos a intervenção cirúrgica.

Se sim, de que especialidade?

Dos 15 utentes submetidos a cirurgia, a maioria, 5 foram da especialidade de ortopedia, seguida da urologia com 4, a cirurgia geral, ORL e neurocirurgia com 1 utente. Como outras especialidades estão a endocrinologia, a cirurgia vascular e a ginecologia, com 1 utente cada.

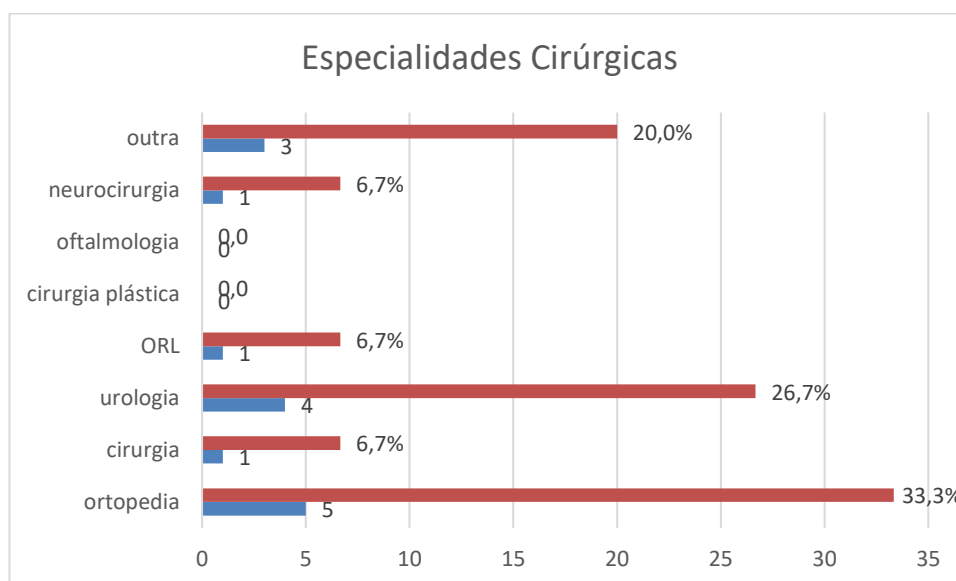


Figura 13 – Especialidades associadas à cirurgia.

6. Em relação à cirurgia foi esclarecido quanto a:



Dos itens que devem constar no esclarecimento do utente intervencionado cirurgicamente foram os benefícios e a técnica fornecidos a 14 utentes os aspetos mais focados com 93,3%. Contrariamente, as limitações e as alternativas à cirurgia apenas foram referenciadas a 5 e 2 utentes respetivamente.

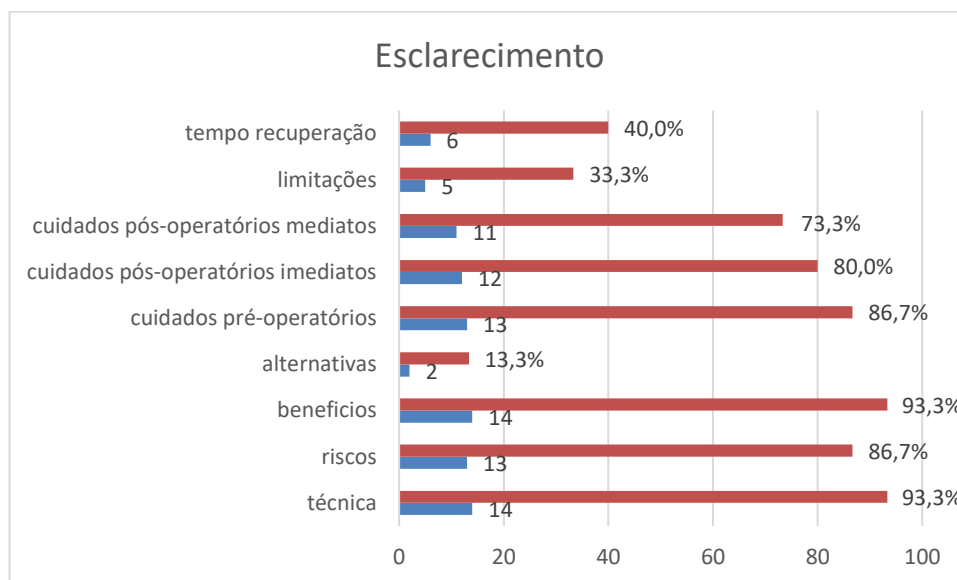


Figura 14 – Esclarecimento relativamente à intervenção cirúrgica.

7. Qual foi o profissional que o esclareceu?

No caso da intervenção cirúrgica deverá ser o médico cirurgião a esclarecer o utente. Neste estudo, este PS esclareceu 13 utentes, sendo que 2 utentes não o foram.

O número de utentes (7) esclarecido pelos enfermeiros é bastante significativo, uma vez que esta não é da sua competência direta. De notar que houve utentes que referem ter sido esclarecidos por vários PS.

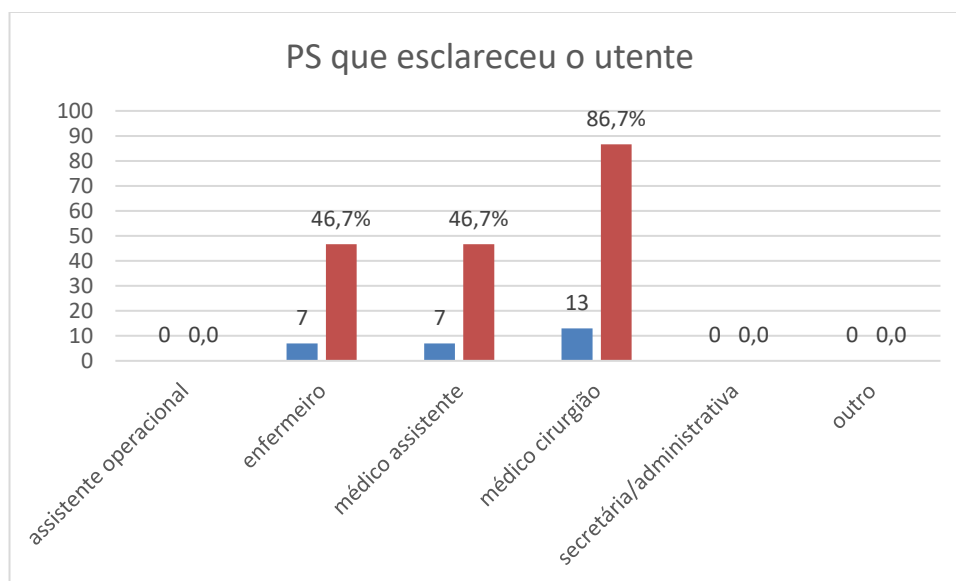


Figura 15 – Profissional que esclareceu o utente relativamente à cirurgia.

CONSENTIMENTO INFORMADO/ESCLARECIDO**8. Foi-lhe proposto o consentimento informado/esclarecido?**

A todos os utentes internados numa instituição hospitalar deverá ser proposto o consentimento desse mesmo internamento e dos cuidados gerais a que vai ser submetido. Nesse sentido, e da amostra de 30 utentes, 2 estando internados, não tinha sido proposto qualquer tipo de CI/E. Trata-se de utentes do foro médico, a quem não foi efetuada qualquer tipo de técnica invasiva, encontrando-se para estudo. Apesar disso, os utentes deveriam ter dado o seu consentimento escrito para o internamento e os cuidados de saúde a que estavam a ser sujeitos.



Figura 16 – Proposta de CI/E.

Associado a que situação clínica?

Dos 28 utentes a quem foi proposto o CI/E, 15 eram cirúrgicos (alvos de intervenção cirúrgica) e 13 médicos (apenas 11 com CI/E assinado, como se poderá constatar mais adiante neste trabalho).

Neste parâmetro houve utentes intervencionados cirurgicamente alvo, igualmente, de técnicas invasivas (neste caso a estatística da figura seguinte exclui esse facto, valorizando apenas a cirurgia).

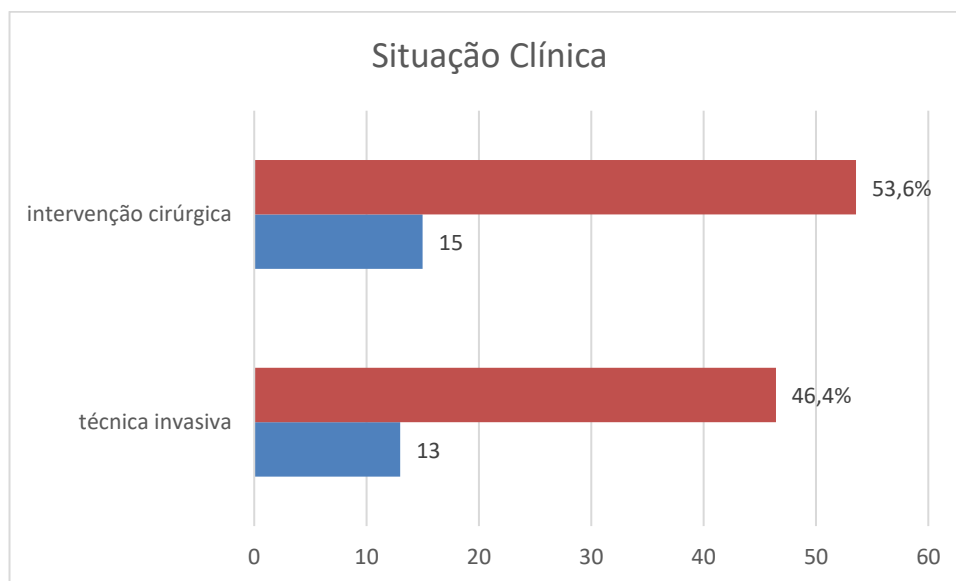


Figura 17 – Situação clínica do utente a quem foi proposto o CI/E.

9. Que tipo de consentimento informado/esclarecido foi fornecido?

O CI/E deverá ser efetuado oralmente, mas também por escrito, onde devem constar os itens referenciados anteriormente. Neste estudo, dos 28 utentes, apenas 17 (60,7%) foram informados/esclarecidos oralmente e por escrito, e 9 utentes (4 cirúrgicos e 5 médicos) refere que apenas assinou o documento escrito do CI/E, sendo que 2 utentes não assinaram nada (foram esclarecidos oralmente).

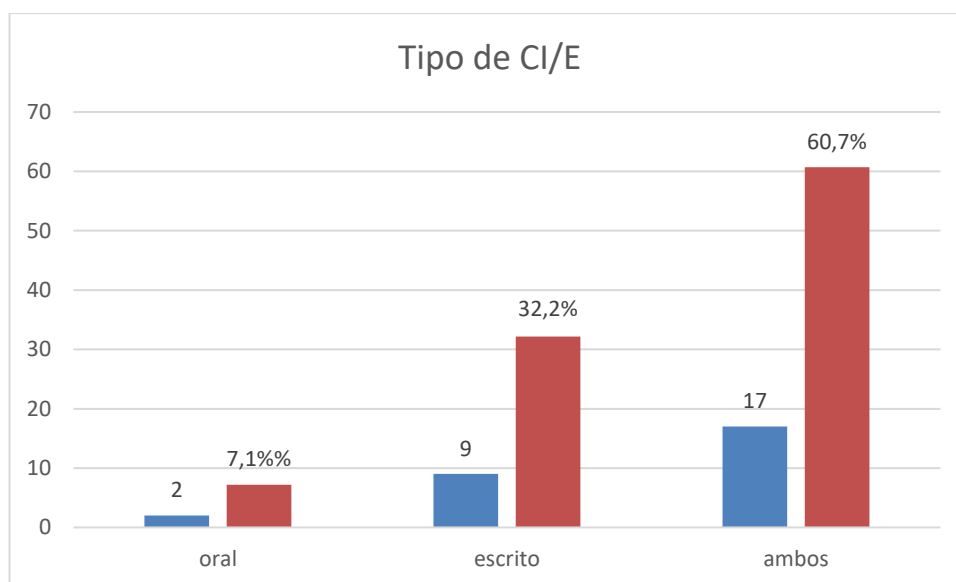


Figura 18 – Tipo de CI/E.

10. Assinou o documento do consentimento?



26 utentes assinaram o documento do CI/E, não o fazendo os 2 utentes médicos cuja intervenção técnica invasiva foi somente a algaliação (para além dos utentes médicos internados para estudo da situação clínica).

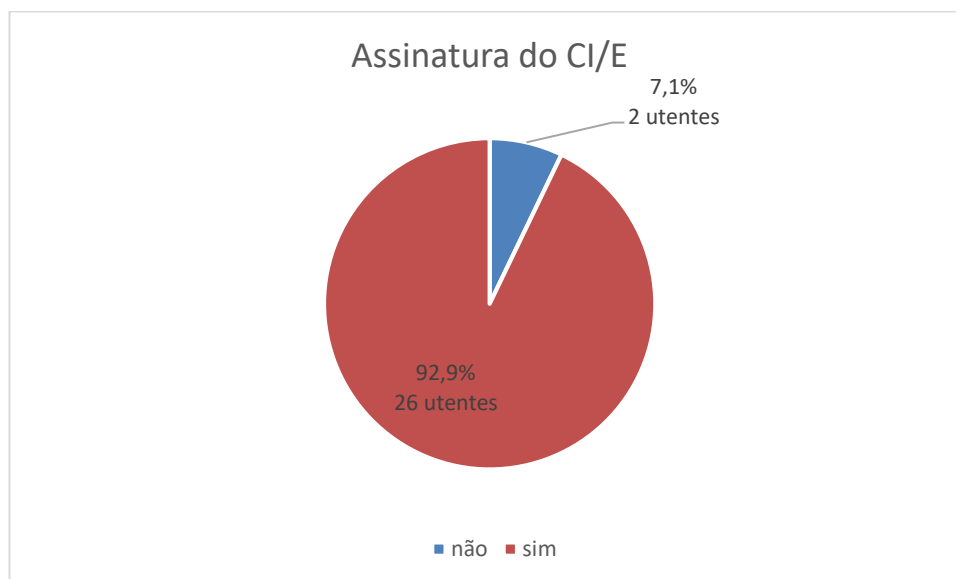


Figura 19 – Assinatura do CI/E.

Se sim, quem lhe forneceu o documento?

O documento do CI/E deve ser entregue pelo PS que realiza a técnica ou a intervenção, uma vez que é ele que melhor consegue explicar e esclarecer o utente. Neste estudo, os médicos especialista e assistente forneceram o CI/E a 26 utentes.

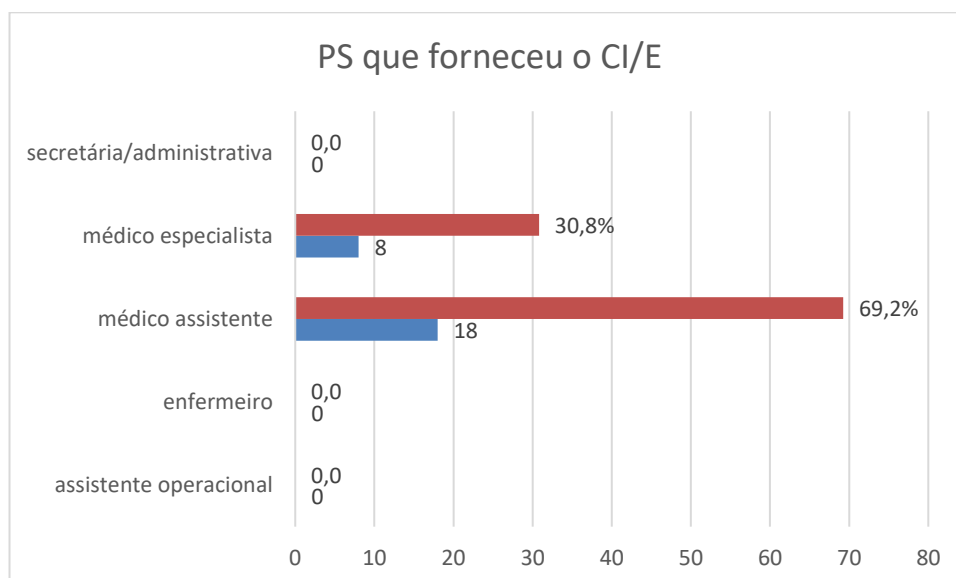


Figura 20 – PS que forneceu o CI/E.

Ficou com uma cópia?



Todos os utentes deverão ficar com uma cópia do CI/E por si assinados, onde constam os parâmetros referentes aos cuidados de saúde, técnica ou intervenção a que vai ser sujeito. Neste estudo constatou-se que nenhum dos 26 utentes que assinou o CI/E ficou com uma cópia.

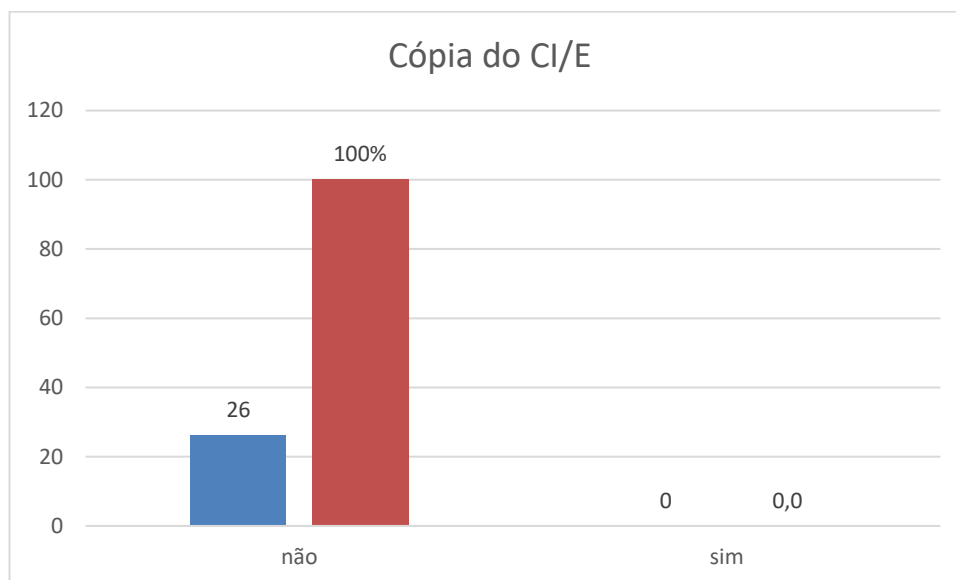


Figura 21 – Cópia do CI/E.

11. Qual foi a altura (temporal) da entrega da proposta de consentimento informado/esclarecido?

A entrega da proposta e o esclarecimento do utente deve ser efetuado previamente ao ato, de modo a que este possa refletir, avaliar alternativas e tomar a decisão de modo consciente e atempado.

Neste estudo dos 26 utentes, 12 assinaram o CI/E na consulta antes da baixa hospitalar. Desses 12, 10 eram do foro cirúrgico. Outros 10 utentes assinaram o documento na véspera da cirurgia (4) ou técnica (6). Os restantes 4 utentes assinaram o CI/E no primeiro dia de internamento, sendo que 1 é do foro cirúrgico e 3 do médico.

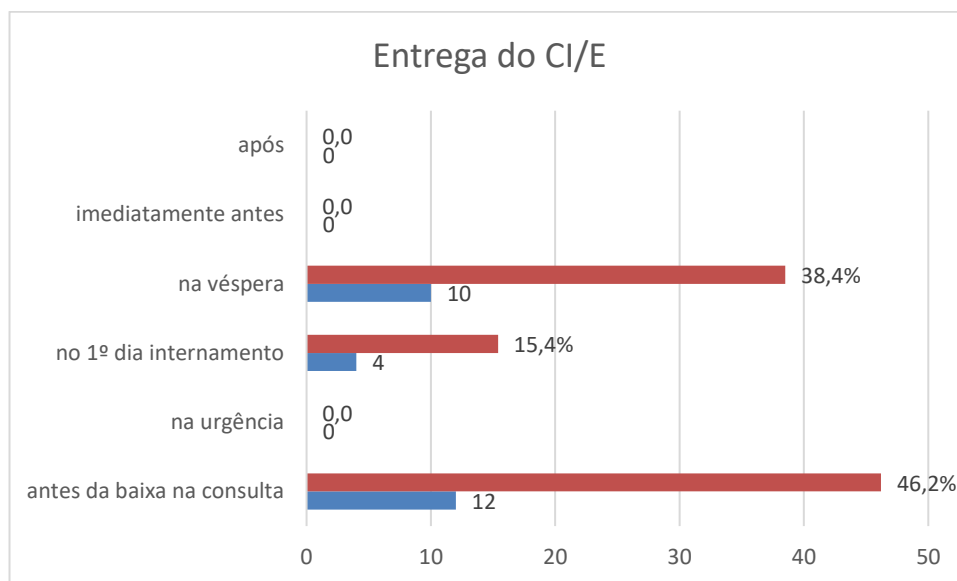


Figura 22 – Altura (temporal) de entrega do CI/E.

12. Achou importante a informação/esclarecimento?

A informação e esclarecimento do utente deve ser adaptada à sua compreensão e à própria natureza da situação clínica, devendo o PS dar ênfase à importância desse esclarecimento do utente, de modo a que também este o valorize.

Neste estudo, todos os utentes que foram informados/esclarecidos acharam importante esse esclarecimento.

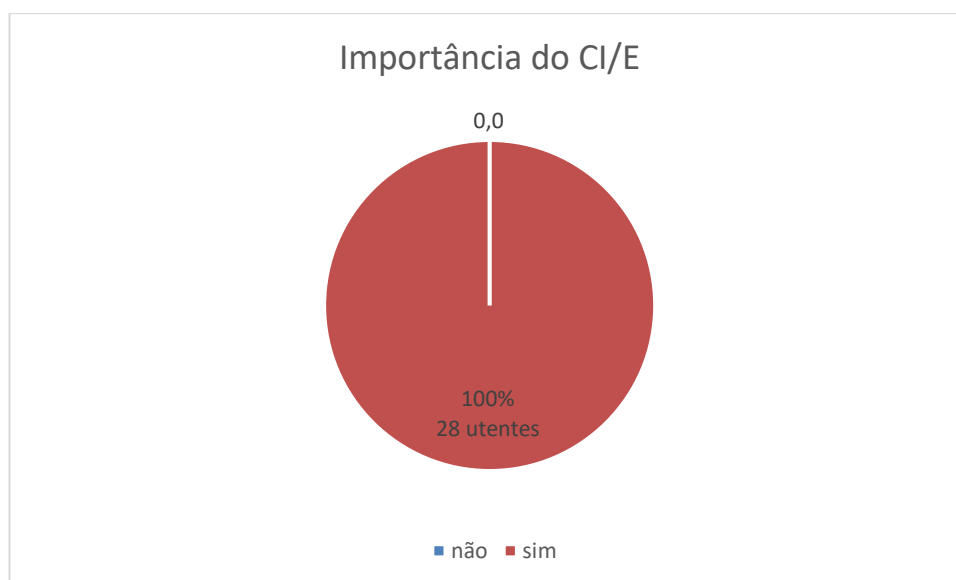


Figura 23 – Importância do CI/E para o utente.

Se sim, porquê?



A importância do CI/E pode ser justificada por diversos fatores, contudo existem dois que são primordiais: o dever deontológico do PS, mais relacionado com aspetos legais e o direito do utente ligado ao princípio ético da autonomia.

Estes aspetos foram identificados neste estudo, uma vez que 27 utentes responderam tratar-se dum direito (96,4%), sendo que 3 acrescentaram ser um dever do PS. 1 utente referiu apenas ser um dever profissional.

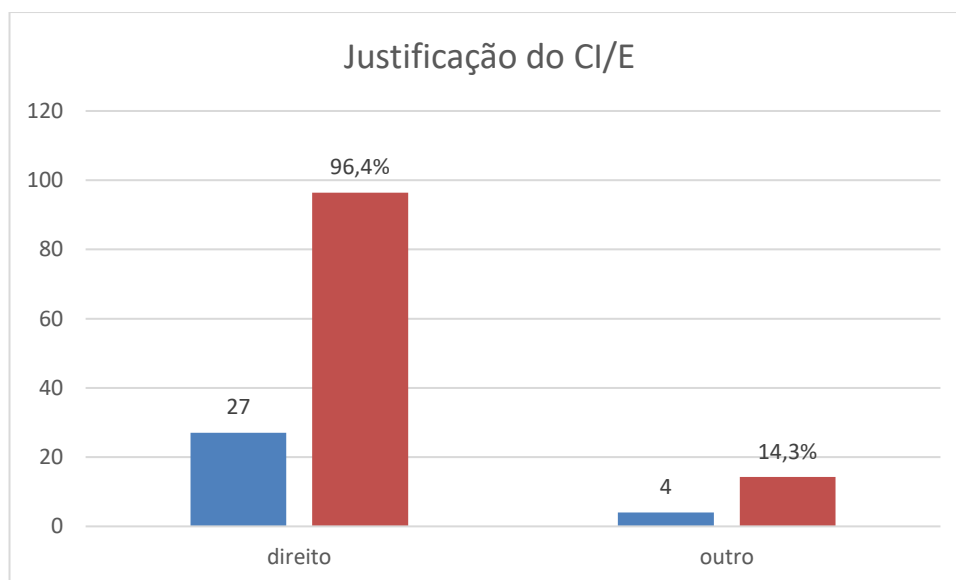


Figura 24 – Justificação da importância do CI/E para o utente.

13. Participou no processo de decisão?

Após o esclarecimento do utente, deve ser dada a oportunidade ao mesmo de decidir, de forma consciente e orientada, o que fazer relativamente à sua saúde.

Neste estudo 7 (25%) dos 28 (75%) utentes esclarecidos pelos PS referem não terem participado no processo de decisão.

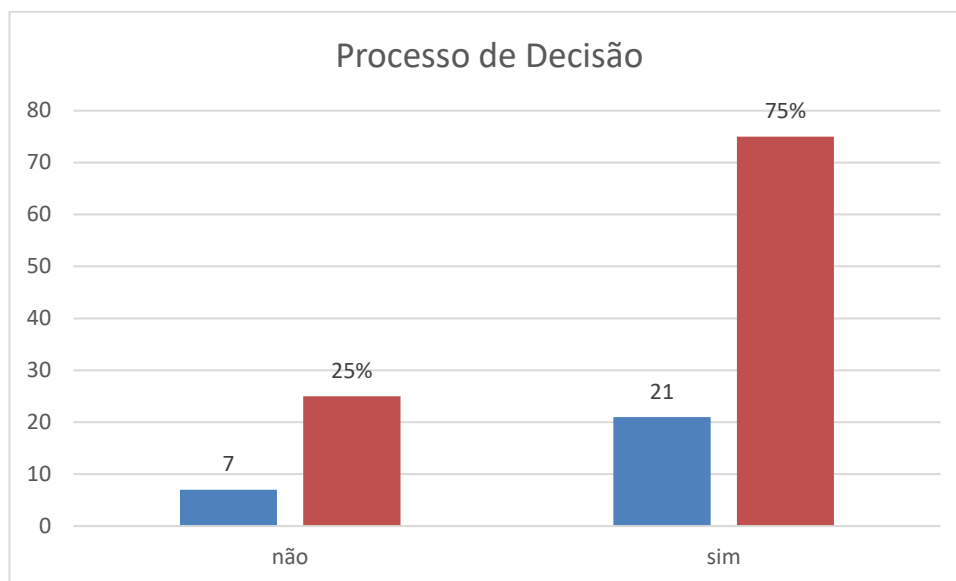


Figura 25 – Participação do utente no processo de decisão.

Se não, porquê?

A participação do utente no processo de decisão sobre a sua saúde é bastante importante, contudo existem utentes que recusam e colocam nas mãos do PS essa responsabilidade. Neste caso, 6 dos 7 utentes que não participaram no processo de decisão, recusaram (85,7%) e apenas 1 referiu que não lhe foi dada oportunidade (14,3%).

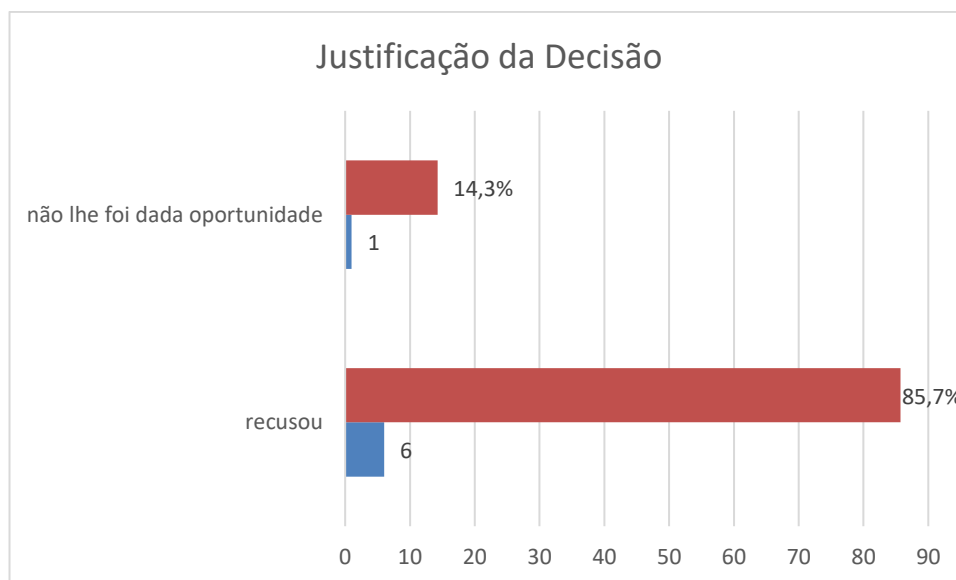


Figura 26 – Justificação da não participação na tomada de decisão do utente.

14. O procedimento do profissional foi de encontro às suas expetativas, fornecendo todos os dados que necessitava?

Os procedimentos dos PS relativamente aos dados obrigatoriamente fornecidos ao utente no CI/E, estão definidos não só na norma N° 15/2013 da DGS, como também nos



códigos deontológicos. Neste estudo, apenas 1 utente refere que esperava outro procedimento do PS relativamente aos dados fornecidos no CI/E.

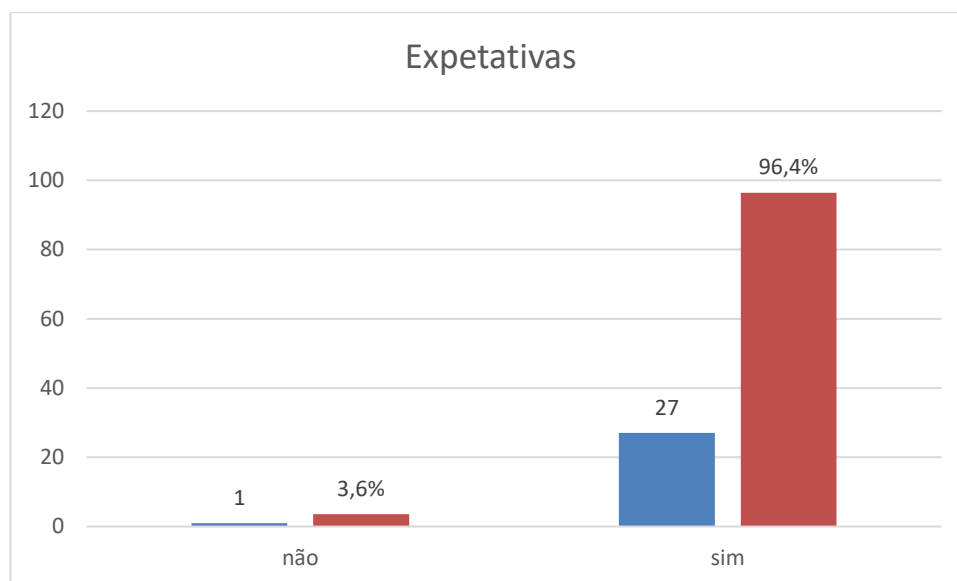


Figura 27 – Expetativas do utente face ao procedimento e dados fornecidos pelo PS.

15. Em relação à explicação fornecida, sentiu-se:

O CI/E visa para além de informar, esclarecer o utente, ou seja, perceber se o mesmo entendeu aquilo que foi transmitido. Neste estudo, 18 utentes referem que para além de se sentirem informados, sentiram-se esclarecidos. Apenas 4 referem sentir-se, somente, informados.

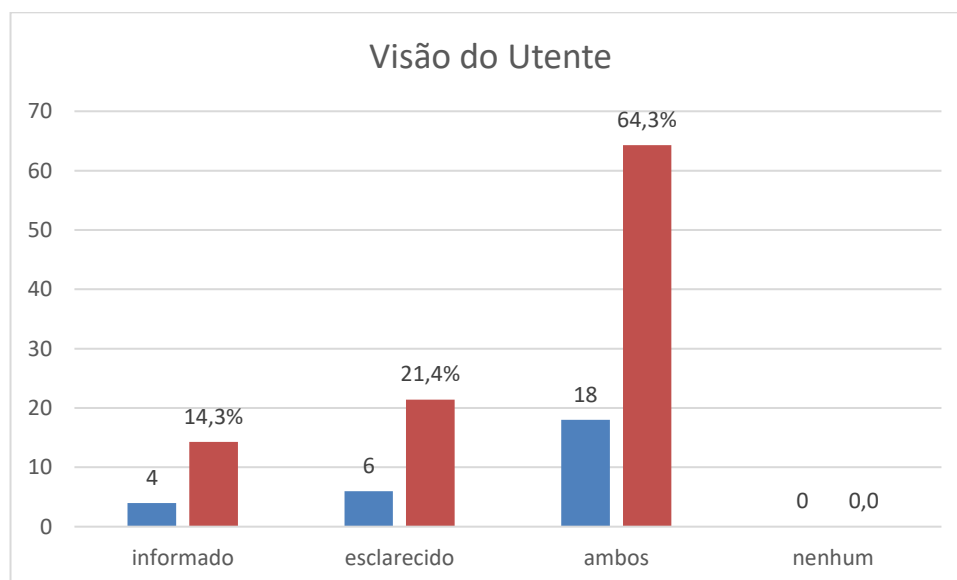


Figura 28 – Visão do utente face à informação/explicação fornecida.

16. Ficou satisfeito com o consentimento informado/esclarecido?



O CI/E como procedimento que faz parte da prestação de cuidados de saúde ao utente, interfere na qualidade dos mesmos. Obviamente, a qualidade está diretamente relacionada com o grau de satisfação do utente. Neste estudo, a maioria dos utentes refere ter ficado satisfeito com o CI/E a que foi sujeito e apenas 2 utentes não o ficaram.

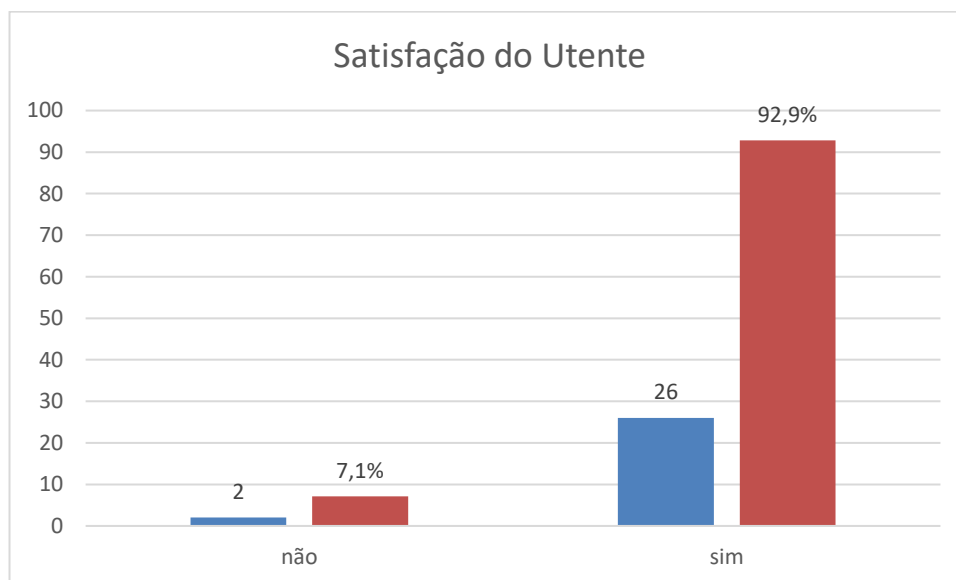


Figura 29 – Satisfação do utente relativamente ao CI/E.

Se sim, porquê?

A satisfação do utente prende-se essencialmente com fatores de valorização do mesmo pelo PS e com a competência deste último, transmitindo confiança ao utente.

Este estudo revela exatamente este aspeto, uma vez que os 26 utentes satisfeitos com o CI/E, justificaram-no por o mesmo ser explicado por um PS conhecedor, capaz de lhes retirarem as dúvidas e valorizando-o no processo de decisão.

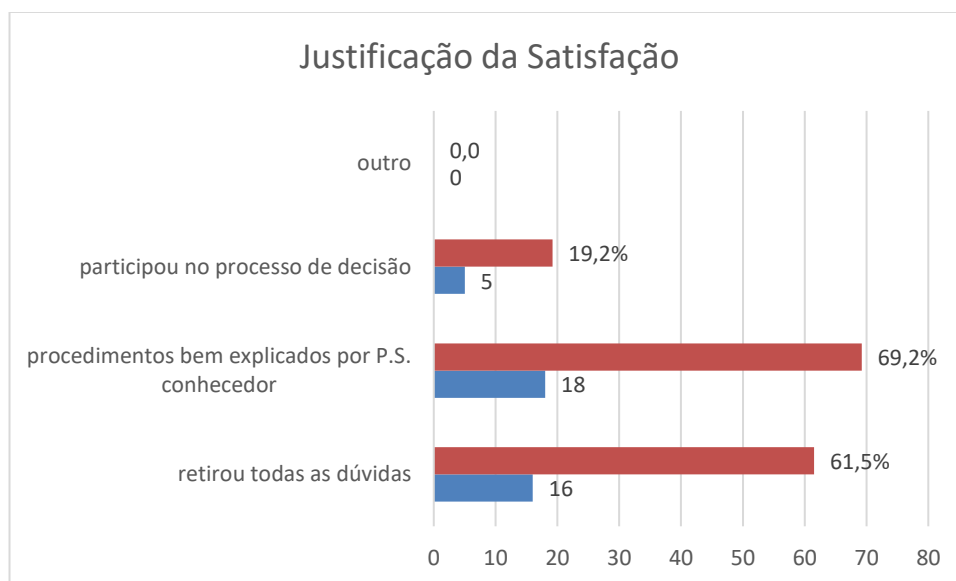


Figura 30 – Justificação da satisfação do utente.

Se não, porquê?

A insatisfação do utente é fator de preocupação para a instituição de saúde, no geral, e para os seus PS, em particular. Neste caso, verifica-se que os 2 utentes insatisfeitos com o CI/E justificaram tal facto, 1 porque não participou na tomada de decisão sobre a sua saúde e o outro porque os procedimentos a que foi sujeito não lhe foram explicados.

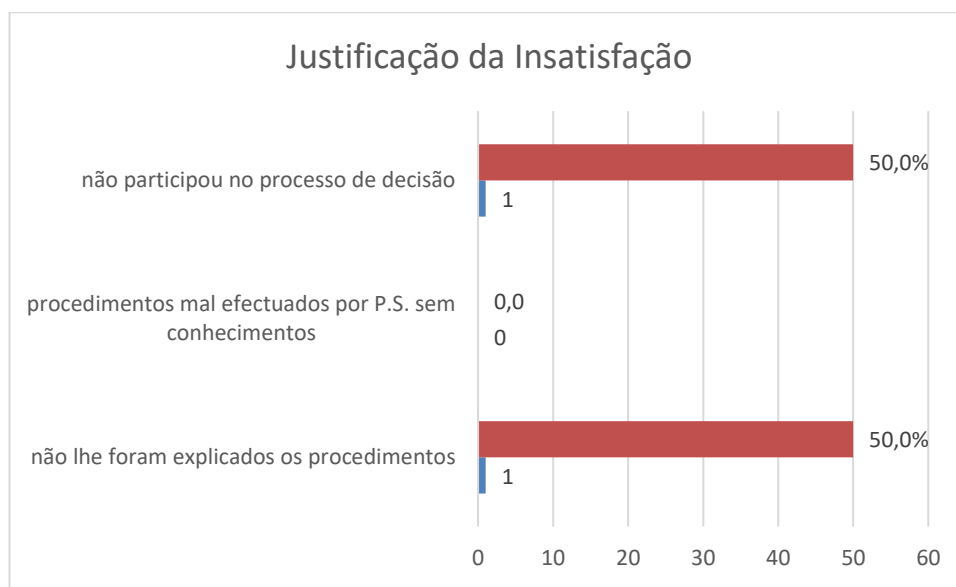


Figura 31 – Justificação da insatisfação do utente face ao consentimento fornecido.

Paralelamente aos dados apresentados, faz-se a seguinte análise relativamente às PD e respetivas H delineadas inicialmente.

PD1 – Quais os PS que fornecem o CI/E e associado a que situações clínicas (técnica invasiva, intervenção cirúrgica)?

H1 – É o PS executante da técnica ou intervenção a fornecer ao utente os respetivos dados inerentes à situação. Esta H considera-se **PARCIALMENTE VÁLIDA**, uma vez que no caso da técnica invasiva, 94,7% dos casos os enfermeiros cumpriram este requisito. Quanto à intervenção cirúrgica, 86,7% dos médicos cirurgiões também o fizeram.

PD2 – Será o momento e o tipo de CI/E fornecido ao utente o mais adequado?

H2 – O CI/E deve ser oral e escrito, assinado pelo utente, contendo todos os dados obrigatórios e entregue em tempo útil (prévio). Considera-se esta H como **PARCIALMENTE VÁLIDA** porque o momento de proposta do CI/E foi sempre anterior ao ato ou intervenção, mas apenas 17 dos 28 utentes (60,7%) referem ter sido informados/esclarecidos oralmente e por escrito.

PD3 – Que importância atribui o utente ao CI/E?



H3 – O utente reconhece o CI/E como importante, porque é um direito que lhe assiste para que possa, em consciência, tomar decisões relativamente à sua pessoa. Esta H é VÁLIDA em 100% dos casos.

PD4 – De que forma o utente fica, mais do que informado, satisfeito e esclarecido face aos dados que lhe são fornecidos no CI/E?

H4 – O utente fica satisfeito e esclarecido com o CI/E, uma vez que este fornece todos os dados descritos nos vários códigos ético-legais. Esta H considera-se PARCIALMENTE VÁLIDA dado que 92% dos utentes mostraram-se satisfeitos e 64,3% esclarecidos com o CI/E.



Conclusões

O CI/E baseia-se, essencialmente, na relação PS-Utente, onde a comunicação, a informação e o esclarecimento são fundamentais.

Terminada esta investigação, julga-se ter atingido o objetivo geral proposto, que visou analisar ética e legalmente o processo do CI/E em vigor no HFAR-PL, fornecido e/ou proposto ao utente internado dos departamentos médico e cirúrgico, relativamente à intervenção cirúrgica e técnica invasiva, verificando o esclarecimento e a satisfação do utente quanto aos dados fornecidos pelos PS.

Este objetivo visava dar resposta à seguinte pergunta de investigação:

– De que forma o processo do Consentimento Informado/Esclarecido em vigor no HFAR-PL, fornecido ao utente internado nos departamentos médico e cirúrgico, cumpre os requisitos éticos e legais?

Para tal, como metodologia de investigação, seguiu-se um raciocínio hipotético-dedutivo com a formulação de perguntas e respetivas hipóteses, adotando uma abordagem quantitativa e aplicando como instrumento de colheita de dados, um questionário com perguntas fechadas. Os dados foram tratados no programa informático Excel utilizando as suas funções de estatística, nomeadamente análise de base de dados e *pivot table* (tabelas dinâmicas). Tratou-se dum estudo transversal, de natureza descritiva, aplicado a utentes internados no HFAR-PL, delimitado temporariamente ao mês de janeiro de 2018.

Da pergunta de partida foram colocadas as seguintes perguntas derivadas, cujas respostas, convergem para a sua resolução:

PD1 – Quais os PS que fornecem o CI/E e associado a que situações clínicas (técnica invasiva, intervenção cirúrgica)?

Relativamente à técnica invasiva, o PS que mais participou no processo de esclarecimento do utente foi o enfermeiro, em 18 casos (94,7%). Quanto à intervenção cirúrgica, foi o médico cirurgião, o PS que prestou o esclarecimento em 86,7% dos casos (13 utentes). Contudo, o registo do enfermeiro também se revela significativo nesta área, 46,7%, uma vez que não se trata duma competência direta. Em ambas as situações clínicas houve utentes informados/esclarecidos por mais do que um PS. Assim sendo, é possível validar parcialmente a H1, porque, maioritariamente, é o PS executante da técnica ou intervenção a fornecer ao utente os respetivos dados inerentes à situação.

PD2 – Será o momento e o tipo de CI/E fornecido ao utente o mais adequado?



Relativamente ao momento, a proposta do CI/E, quando realizada, foi sempre anterior ao ato/procedimento técnico ou cirúrgico (100%), permitindo ao utente “meditar” sobre o processo de tomada de decisão.

Da amostra de 30 utentes internados, 2 (7,1%) referem que nenhum PS lhes esclareceu sobre CI/E, nem assinaram qualquer documento relativamente ao seu internamento. Trata-se de 2 utentes médicos internados para estudo, a quem não foi submetida nenhuma técnica invasiva. Dos 28 utentes a quem foi proposto o CI/E, 15 cirúrgicos e 13 médicos, 17 (60,7%) referem ter sido informados/esclarecidos oralmente e por escrito. Dos restantes, 9 (32,2%) referem que assinaram o documento e 2 (7,1%) que apenas foram informados/esclarecidos oralmente.

Desta forma, pode ser considerada parcialmente válida a H2 - O CI/E deve ser oral e escrito, assinado pelo utente, contendo todos os dados obrigatórios e entregue em tempo útil (prévio).

PD3 – Que importância atribui o utente ao CI/E?

Todos os 28 utentes (100%) a quem foi proposto o CI/E confirmam a sua importância, justificando-o em 96,4% dos casos como um direito próprio. Isto permitiu que, dos 28 utentes a quem foi proposto o CI/E, 21 (75%) participaram no processo de decisão relativamente à sua saúde, sendo que dos restantes 7 (25%), 6 não o fizeram por recusa, colocando essa responsabilidade nas mãos dos PS. Assim sendo, pode-se validar a H3, uma vez que o utente reconhece o CI/E como importante, tratando-se de um direito que lhe assiste para que possa, em consciência, tomar decisões relativamente à sua pessoa.

PD4 – De que forma o utente fica, mais do que informado, satisfeito e esclarecido face aos dados que lhe são fornecidos no CI/E?

Quanto à explicação fornecida, 18 utentes (64,3%) referem sentirem-se, mais do que informados, esclarecidos pelo PS, enquanto 92,9% correspondente a 26 dos 28 utentes, mostram-se satisfeitos relativamente ao processo do CI/E, essencialmente, porque os procedimentos foram explicados por um PS conhecedor (fator justificado em 18 casos). Estes dados permitem validar parcialmente a H4, já que o utente fica satisfeito e esclarecido com o CI/E fornecido pelos PS.

Complementares às conclusões acima enunciadas e na prossecução dos objetivos específicos, da avaliação dos resultados obtidos podem-se chegar aos seguintes tópicos conclusivos relativamente a:

Caraterização da População



- O HFAR-PL presta cuidados de saúde a utentes, de ambos os géneros, com idade diversificada, militares e familiares dos mesmos, oriundos da urgência ou da consulta;

- A Ortopedia (com 33,3% da amostra cirúrgica) e a Medicina Interna (33,3% da amostra médica) são as especialidades com mais representatividade neste estudo, fruto do maior número de utentes internados nos respetivos departamentos cirúrgicos e médicos.

Técnica Invasiva

- Este estudo demonstrou que a técnica invasiva deve ser levada em conta no processo do CI/E, uma vez que um número significativo de utentes foi submetido a este cuidado de saúde. 19 utentes (6 cirúrgicos e 13 médicos), ou seja, 63,3% da amostra foram alvo de técnica invasiva;

- A algaliação foi a técnica invasiva mais efetuada (78,9%) e cujos utentes, 6 cirúrgicos e 9 médicos, não apresentavam o CI/E relativo a este procedimento;

- A execução da técnica foi o parâmetro mais vezes informado/esclarecido ao utente (94,7%), sendo as possíveis alternativas aquele que menos vezes foi referenciado (31,6%).

Intervenção Cirúrgica

- Os benefícios e a execução da técnica foram, com 93,3%, os itens mais informados/esclarecidos aos utentes submetidos a cirurgia, sendo as possíveis alternativas à mesma, as menos focadas, com apenas 13,3%.

Consentimento Informado/Esclarecido

- A justificação para que 2 utentes médicos apenas tenham sido esclarecidos oralmente e não por escrito, prende-se com o facto de os mesmos serem alvo, somente, de algaliação e nenhuma outra técnica invasiva;

- O documento do CI/E foi sempre entregue pelo médico assistente (69,2%) ou especialista (30,8%), quando não coincidente;

- Nenhum dos 26 utentes (100%) que assinou o CI/E ficou com uma cópia para si;

- 27 (96,4%) dos 28 utentes referem que o procedimento dos PS relativamente à matéria em estudo, foi de encontro às suas expetativas;

- A maioria dos utentes, 18, correspondente a 64,3% referem sentir-se esclarecidos pelo PS;

- Os 2 utentes insatisfeitos relativamente ao CI/E (7,1%), manifestaram-no por não ter participado no processo de decisão (1 utente) e não lhe terem sido explicados os procedimentos (1 utente).



Apesar das limitações temporais da investigação, as maiores dificuldades prenderam-se com o fato da presença física obrigatória do investigador em todos os questionários realizados, de modo ao esclarecimento atempado e o retirar de dúvidas aos utentes inquiridos. O facto de não existirem dados estatísticos ou qualquer outro tipo de registo publicado sobre esta temática no HFAR, constituiu um fator limitativo, mas também um desafio e, muito provavelmente, a pertinência na escolha do estudo. Para além destes condicionalismos, as limitações da dimensão do texto não permitiram colocar neste estudo, documentação que poderia ser útil para a sustentação da temática, nomeadamente as entrevistas exploratórias realizadas. Todavia, julga-se que a mais considerável das limitações foi a ambição patente neste estudo, em que são abordadas duas vertentes, ética e legal, se relacionam e analisam diferentes variáveis, de modo a ser conhecida, de forma mais alargada, mas, simultaneamente, mais pormenorizada o processo de CI/E no HFAR-PL, levando necessariamente a muita atenção e complexidade na interpretação e análise dos resultados.

Contudo, sem dúvida que este TII permitiu verificar o esclarecimento e a satisfação do utente relativamente aos dados fornecidos pelos PS, assim como se os atos dos mesmos foram de encontro ao estado da arte, nas vertentes éticas e legais, de modo a, tal como objetivado inicialmente, alterar, manter ou reforçar as suas ações e procedimentos no que diz respeito ao CI/E. Desta forma, contribuiu-se para o conhecimento dos PS, em particular, e da instituição HFAR, no geral, visando, como fim último, a melhoria da prestação de cuidados de saúde prestados ao utente e/ou família militar.

Para tal e baseado na análise conclusiva dos resultados deste estudo, elaboram-se as seguintes recomendações:

- A técnica invasiva é um procedimento/ato muito frequente da prestação de cuidados de saúde ao utente internado, pelo que deve ser tido em conta, no que diz respeito ao consentimento ao utente;
- Para dar o seu consentimento, o utente tem de ser, mais do que informado, esclarecido sobre os cuidados de saúde a que vai ser sujeito e a sua evolução clínica;
- O esclarecimento do utente deve visar todos os itens preconizados para o efeito, nomeadamente alternativas à técnica ou cirurgia, nas normas legais e nos códigos deontológicos vigentes;
- O CI/E presumido no caso de técnicas invasivas como a algaliação deverá dar lugar a um processo de CI/E oral e escrito;



- Definir, de forma clara, qual o PS a quem compete informar/esclarecer o utente nas diversas situações clínicas, fundamentalmente na baixa hospitalar e nas técnicas invasivas, evitando duplicação da informação ou ausência da mesma;
- Executar em duplicado e fornecer cópia ao utente do CI/E escrito e assinado por este;
- Dar oportunidade ao utente, informado e esclarecido, à tomada de decisão relativamente à sua saúde, respeitando o princípio ético da autonomia.

Para além do referido, a principal recomendação prende-se com a iniciativa de fornecer um modelo de CI/E a todos os utentes propostos para internamento, com a indicação do médico responsável pela proposta e do médico responsável pelo seguimento do utente durante o internamento. No caso de tal não ser possível, o médico a indicar poderia ser o Diretor do Serviço, como consta no Documento Guia sobre o Consentimento Informado (ARSN, 2009). Esta proposta, independentemente do utente ser operado ou alvo de técnica invasiva, teria vantagens tanto para o utente, como para o PS. Para o utente, porque ficava vinculado ao seu médico responsável a quem poderia pedir esclarecimentos sobre o seu estado de saúde quando achasse pertinente. Para o PS, permitiria a prestação de cuidados de saúde devidamente autorizados, não precisando de recorrer ao chamado Consentimento Presumido.

No que concerne a pesquisas futuras nesta área da ética e do CI/E, sugere-se que outra abordagem poderia ser efetuada, nomeadamente na vertente do PS, tal como a sua preparação/formação para proceder corretamente nas várias situações que exijam o CI/E do utente ou representante legal. Seria, igualmente, interessante efetuar um estudo similar extensivo ao HFAR-Pólo do Porto e abordar o CI/E como um garante, uma defesa para o PS.

Concluindo, a multidisciplinaridade do CI/E apresenta duas vertentes, a ética e a legal e duas “faces”, a do utente e a do PS. O seu estudo é fundamental no cumprimento dos deveres profissionais, respeito pelos direitos dos utentes e na prestação de cuidados de saúde de qualquer instituição.



Bibliografia

- Armando, A., 2017. *Consentimento Informado/Esclarecido no HFAR-PL* [Entrevista]. Lisboa (3 novembro 2017).
- Associação Regional de Saúde do Norte, 2009. *Documento Guia da ARSN sobre Consentimento Informado*. [em linha] Lisboa: ARSN. Disponível em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10671/10407> [Acedido em 22 out. 2017].
- Barbosa, A., 2017. *Realidade do Consentimento Informado em Portugal* [Entrevista]. Lisboa (20 outubro 2017).
- Carmo, H. e Ferreira, M., 1998. *Metodologia da Investigação. Guia para autoaprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carvalho, J., 2009. *Metodologia do Trabalho Científico. «Saber-Fazer» da investigação para dissertações e teses*. 2.^a ed. Lisboa: Escolar Editora.
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 2011. *Parecer sobre Informação de Saúde e Registos Informáticos de Saúde*. [em linha] Lisboa: CNECV. Disponível em: http://www.cnecv.pt/admin/files/data/docs/1318269169_CNECV%20P_60_2011%2010.10.11.pdf, [Acedido em 15 out. 2017].
- Costa, J. et al., 2004. *Dicionário da Língua Portuguesa*. Porto: Porto Editora.
- Diário de Notícias, 2017. *Consentimento informado*. [em linha] Lisboa: DN. Disponível em: <https://www.dn.pt/lusa/interior/profissionais-na-saude-comconhecimentoinadequado-de-direitos-de-utentes---estudo-8479666.html>, [Acedido em 12 out. 2017].
- Diário da República, 1995. *Código Penal - art.º 39 - Consentimento Presumido*. [em linha] Lisboa: DR. Disponível em: http://bdjur.almedina.net/idem.php?field=item_id&value=79842, [Acedido em 22 nov. 2017].
- Dicionário Infopedia da Língua Portuguesa, 2003-2018. *Acordo Ortográfico*. [em linha] Porto: Porto Editora. Disponível em: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/invasivo>, [Acedido a 1 de jan. 2018].
- Direção Geral de Saúde, 2005. *Carta dos Direitos Fundamentais do Doente*. [em linha] Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/publicacoes/newsletter.aspx?v=d0c7248f-55c2-456a-b844-1f060ac76470>, [Acedido em 20 out. 2017].
- Direção Geral de Saúde, 2015. *Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito*. [em linha] Lisboa: DGS. Disponível em:



<file:///C:/Users/NUNOT/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/KCOULDH2/i021796.pdf> [Acedido em 22 out. 2017].

- Engelhardt, H., 1996. *The Foundations of Bioethics*. 2ª ed. New York: Oxford University Press. ISBN 0-19-505736-8.
- Entidade Reguladora da Saúde, 2017. *Literacia em direitos dos utentes de cuidados de saúde*. Porto: ERS.
- Fortin, M., 1999. *O Processo de Investigação: da conceção à realização*. Loures: Lusociência.
- Freixo, M., 2011. *Metodologia científica – Fundamentos, Métodos e Técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Garcia, L. e Correa, F., 1997. *Manual de Ética y Legislación en Enfermaria*. Madrid: Mosby.
- Gomes, C., 2013. *Jornal Público - Consentimento informado vai ser obrigatório em 21 situações de saúde*. [em linha] Lisboa. Disponível em: <https://www.publico.pt/2013/11/25/sociedade/noticia/consentimentoinformadovaiassar-a-ser-obrigatorio-em-21-situacoes-de-saude-161379>, [Acedido em 12 out. 2017].
- Instituto de Estudos Superiores Militares, 2015a. *NEP/ACA - 010 Trabalhos de investigação*. Lisboa: IESM.
- Instituto de Estudos Superiores Militares, 2015b. *NEP/ACA - 018 Regras de apresentação e referenciação para os trabalhos escritos a realizar no IESM*. Lisboa: IESM.
- Instituto de Estudos Superiores Militares, 2016. *Cadernos do IESM. Orientações metodológicas para a elaboração de trabalhos de investigação*. 1ª ed. Lisboa: IESM.
- Kant, I., 2000. *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*. Lisboa: Edições 70, ISBN 972-44-0306-8.
- Lorda, P., 1993. *Medicina Clínica*. Vol. 100, nº17, Barcelona.
- Levinsky, N., 1996. *Social, Institutional and Economis Barrier to the Exercise of Pathients Rigths*. *The New England Journal of Medicine*. February 22, Vol. 334, Nº 8, USA.
- Ministério da Defesa Nacional, 2012a. *Cria o Polo de Lisboa do Hospital das Forças Armadas (Decreto-Lei n.º 187/2012, D.R. n.º 158, Série I, de 16 de agosto)*. Lisboa: MDN. Diário da República.
- Ministério da Defesa Nacional, 2012b. *Estabalece a estrutura orgânica e a estrutura funcional do Polo de Lisboa do Hospital das Forças Armadas, bem como os princípios de gestão que lhe são aplicáveis (Decreto Regulamentar n.º 51/2012, D.R. n.º 238, Série I, de 10 de dezembro)*. Lisboa: MDN. Diário da República.



- Ministério da Defesa Nacional, 2014a. *Reforma do Sistema de Saúde Militar (Despacho n.º 2943/2014. D.R. n.º 37, Série II de 21 de fevereiro)*. Lisboa: MDN. Diário da República.
- Ministério da Defesa Nacional, 2014b. *Cria o Hospital das Forças Armadas (Decreto-Lei n.º 84/2014. D.R. n.º 101, Série I de 27 de maio)*. Lisboa: MDN. Diário da República.
- Ministério da Saúde, 2012. *Aprova a orgânica da Direcção-Geral da Saúde Decreto Regulamentar n.º 14/2012*. Lisboa: MS. Diário da República.
- Pereira, A., 2004. *O consentimento informado na relação médico-paciente: estudo de direito civil*. Coimbra.
- Polit, D. e Hungler, B., 1995. *Nursing Research Principles and Methods*. USA: Lippincott Williams e Wilkins.
- Quivy, R., Campenhoudt, L., 2013. *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 6ª Edição. Lisboa: Gradiva.
- Rodrigues, J., 2001. *O consentimento Informado para o Ato Médico no Ordenamento Jurídico Português*. Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Centro de Direito Biomédico. Coimbra: Coimbra Editora.
- Sampieri H. et al., 2003. *Metodologia da Pesquisa*. México: McGraw Hill.
- Serrão, D., 1996. *Carta dos direitos da pessoa doente*. Revista Brotéria. Vol. 143. Lisboa. ISSN 0870-7618.
- Serrão, D., 1996. *Relações entre os profissionais de saúde e o paciente. Comissões de Ética: das bases teóricas à atividade quotidiana*. Região Autónoma dos Açores. Centro de Estudos de Bioética.
- Tomé, A., 2017. *Consentimento informado – Pertinência do estudo no HFAR-PL* [Entrevista]. Lisboa (3 novembro 2017).



Anexo A — Direção Geral de Saúde Norma 015/2013



Francisco
Henrique
Moura George

OBJETO	Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito
CRS : HIVE	Consentimento Informado
	Administrações Regionais de Saúde, Dirigentes de Unidades de Saúde e Profissionais de Saúde do Sistema de Saúde
CONTACTOS	Departamento da Qualidade na Saúde (qls@des.pt)

Nos termos da alínea a) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, a Direção-Geral da Saúde, por proposta do Departamento da Qualidade na Saúde, na área da qualidade organizacional, emite a seguinte:

NORMA

1. O consentimento informado deve ser inscrito no formulário disponível no sítio desta Direcção-Geral, de acordo com o modelo-tipo anexo à presente Norma (Anexo I):
 - a) O formulário que será disponibilizado terá campos específicos editáveis que permitem a inclusão de informação de esclarecimento geral e personalizada;
 - b) O formulário depois de preenchido pode ser impresso ou convertido em formato PDF para ser apenso ao processo clínico.
2. Assim que a Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) disponibilizar na Plataforma de Dados da Saúde: Portal do Profissional o formulário mencionado no n.º anterior o consentimento informado deverá passar a ser inscrito nessa plataforma.
3. Do consentimento informado deve constar a declaração da pessoa sobre o acesso à informação oral e escrita assumindo que lhe foram fornecidas todas as explicações e o tempo de reflexão de que necessitava para a sua aceitação explícita (Anexo I).
4. O formulário de consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito deve:
 - a) Ser feito em duplicado, para que um dos exemplares possa ficar na posse da pessoa.
 - b) Identificar a unidade de saúde/instituição;
 - c) Apresentar de forma legível o nome, a assinatura, o número de cédula profissional ou número mecanográfico e contacto institucional do profissional que dá a informação e recolhe o consentimento;
 - d) Identificar o ato/intervenção proposto e a sua natureza;
 - e) Descrever o diagnóstico e a situação clínica e os objectivos que se pretendem alcançar com o ato/intervenção proposto;

1276



- f) Identificar os potenciais benefícios, riscos frequentes e riscos graves associados ao ato/procedimento e as eventuais alternativas viáveis e cientificamente reconhecidas;
- g) Identificar os potenciais riscos decorrentes de uma não intervenção, em caso de dissentimento.

5. O consentimento informado, esclarecido e livre, dado por escrito, é obrigatório nas seguintes situações:

- a) Interrupção voluntária da gravidez¹;
- b) Realização de técnicas invasivas em grávidas (nomeadamente amniocentese, biópsia das vilosidades coriônicas, cordocentese, drenagem, amnióinfusão)²;
- c) Esterilização voluntária (laqueação tubar e vasectomia)³;
- d) Procriação medicamente assistida (PMA)⁴;
- e) Colocação de dispositivos anticoncetivos subcutâneos intrauterinos⁵;
- f) Administração de gamaglobulina anti-D⁶;
- g) Eletroconvulsivoterapia e intervenção psicocirúrgica⁷;
- h) Colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana⁸;
- i) Testes genéticos identificados no número 2 do artigo 9 da Lei n.º 12/2005⁹;
- j) Dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento, distribuição e aplicação de tecidos e células de origem humana¹⁰;
- k) Administração de sangue, seus componentes e derivados;
- l) Colheita e transplante de órgãos de dador vivo¹¹;

¹ Cf. Artigo 142.º, n.ºs 4, 5 e 6 do Código Penal e Lei n.º 16/2007, de 17 de abril.

² Cf. Circular Normativa n.º 16/DSMIA, de 5 de dezembro de 2001, da Direcção-Geral da Saúde.

³ Cf. Artigo 10.º da Lei n.º 3/94, de 24 de março, relativa à educação sexual e planeamento familiar.

⁴ Cf. Artigo 14.º, n.º 1 da Lei da Procriação Medicamente Assistida, aprovada pela Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 59/2007, de 4 de setembro.

⁵ Cf. Direcção-Geral da Saúde, Saúde Reprodutiva, Planeamento Familiar. Referendação e/ou colocação de dispositivos anticonceivos. DGS, Lisboa 2004, disponível em www.dgs.pt

⁶ Cf. Circular n.º 2/DSMIA de 15 de janeiro de 2007, da Direcção-Geral da Saúde, disponível em www.dgs.pt

⁷ Cf. Artigo 5.º, n.º 1, alínea d) e artigo 5.º, n.º 2 da Lei da Saúde Mental, aprovada pela Lei n.º 36/98, de 24 de julho e alterada pela Lei n.º 101/99, de 26 de julho.

⁸ Cf. Artigo 8.º, n.º 4 da Lei n.º 12/93, de 22 de abril, alterada pela Lei n.º 22/2007, de 29 de junho.

⁹ Cf. Artigos 4.º, 18.º e segs. da Lei de Informação Genética Pessoal e Informação da Saúde, aprovada pela Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro.

¹⁰ Cf. Lei n.º 12/2009, de 26 de março.

¹¹ Cf. Artigo 5.º, n.º 6 (O consentimento do dador ou de quem legalmente o represente é sempre prestado por escrito, sendo irrevogável) da Lei n.º 12/93, de 22 de abril, alterada pela Lei n.º 22/2007, de 29 de junho, artigo 19.º 2 (O consentimento



- m) Doação de sangue¹²;
 - n) Vigilância de doentes¹³;
 - o) Bancos de ADN e de outros produtos biológicos¹⁴;
 - p) Investigação sobre genoma¹⁵;
 - q) Investigação em pessoas¹⁶;
 - r) Realização de atos cirúrgicos e/ou anestésicos, com exceção das intervenções simples de curta duração para tratamento de afeções sobre tecidos superficiais ou estruturas de fácil acesso, com anestesia local;
 - s) Realização de atos diagnósticos ou terapêuticos invasivos *maiores*;
 - t) Gravações de pessoas em fotografia em suporte áudio ou audiovisual;
 - u) Uso *off label* de medicamentos de dispensa hospitalar¹⁷;
 - v) Colheita, estudo analítico, processamento e criopreservação de sangue e tecido do cordão umbilical e placenta.
6. O processo de Informação e Consentimento informado deve ficar registado e fundamentado no processo clínico.
7. As decisões sobre a saúde de uma pessoa que careça de capacidade para decidir obrigam, independentemente de ser tentado o seu envolvimento¹⁸, à obtenção de autorização da sua representante legal, do procurador de cuidados de saúde¹⁹, de uma autoridade ou de uma pessoa ou instância designada pela lei²⁰.
8. Nas situações de pessoas com deficiência auditiva ou visual o processo comunicacional, inerente ao consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito, deve ser feito com recurso aos meios de comunicação adaptados a esta população (linguagem gestual ou *braille*) para que esta possa ser, envolvida no processo de decisão.

deve ser prestado de forma expressa e específica, quer por escrito quer perante uma instância oficial da Convenção de Oviedo e Recomendação 1781/29 do Conselho da Europa, artigo 3.º (refere a necessidade do consentimento ser prestado por escrito)

¹² Cf. Decreto-Lei n.º 267/2007, de 24 de julho, alterado pelo Decreto-Lei n.º 108/2011, de 29 de setembro.

¹³ Cf. Deliberação n.º 61/2004 e Autorização n.º 287/2006 da Comissão Nacional de Proteção de Dados, disponíveis em www.cnpd.pt

¹⁴ Cf. Artigo 19.º, n.º 5 da Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro.

¹⁵ Cf. Artigo 16.º, n.º 4 da Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro.

¹⁶ Cf. Artigo 16.º, alínea v da Convenção de Oviedo. Os ensaios clínicos não se encontram abrangidos pela presente norma, sendo regulados pelo Lei n.º 46/2004, de 19 de agosto, dependente do INFARMED.

¹⁷ Cf. Circular Informativa n.º 184/CD INFARMED, de 12 de novembro de 2010 (A utilização de um medicamento fora do âmbito das indicações terapêuticas aprovadas é da inteira responsabilidade do médico prescritor, que entende que um dado medicamento se adequa a uma dada situação terapêutica, face ao caso particular de um seu doente).

¹⁸ Cf. Artigo 1.º, n.ºs 2 e 3 da Convenção de Oviedo.

¹⁹ Lei n.º 29/2012 de 16 de julho.

²⁰ Cf. Artigo 6.º, n.ºs 2 e 3 da Convenção de Oviedo.

Norma n.º 015/2013 de 03/10/2013 atualizada a 04/11/2015

3/16



9. Quando a pessoa que consente não sabe assinar, comprovado por Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão, ou por impossibilidade física não pode assinar, pode recorrer à assinatura a rogo²¹, depois de lhe ser dada toda a informação e lido o consentimento.
10. O consentimento é revogável a todo o tempo, sem sujeição a qualquer formalidade²²:
- a) A recusa de internamento ou de realização de ato/intervenção tem de ficar documentada no processo clínico, uma vez que dela resulta a não realização de algo que é proposto no melhor interesse do doente;
 - b) Nos casos de recusa de internamento ou da sua continuidade, o registo no processo clínico deve ser acompanhado de segunda assinatura de um médico de graduação profissional igual ou superior.
11. No caso da interrupção voluntária da gravidez, a lei exige a prestação do consentimento informado com a antecedência mínima de 3 dias relativamente à data da intervenção²³.
12. As exceções à presente Norma são fundamentadas clinicamente, com registo no processo clínico.
13. A presente Norma revoga a Circular Informativa n.º 15/DSPCS de 23-03-1998, da DGS.
14. O texto de apoio seguinte orienta e fundamenta a implementação da presente Norma.

Francisco George
Direcção-Geral da Saúde

²¹ Cf. Artigo 373.º do Código Civil.

²² Cf. Artigo 5.º da Convenção de Oviedo, artigo 39.º, n.º 2 do Código Penal, artigo 81.º, n.º 2 do Código Civil e artigo 6.º, n.º 2 e n.º 3 da Lei 46/2004, de 16 de agosto.

²³ Cf. Artigo 142.º, n.º 4, alíneas a) e b) do Código Penal e Lei n.º 10/2007, de 17 de abril (Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez).

[illegible]

Identificação da doença



MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL
ESTADO MAIOR GENERAL DAS FORÇAS ARMADAS
HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS
POLO DE LISBOA



Anexo C — Consentimento Informado e Esclarecido para Técnicas de Gastroenterologia



MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL
HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS
POLO DE LISBOA
SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA
VIDEOCOLONOSCOPIA TOTAL

CONSENTIMENTO INFORMADO:

A colonoscopia, exame que o seu médico pediu, permite observar o cólon (intestino grosso). Consiste na observação do intestino por um tubo flexível e fino que é introduzido pelo ânus, com o utente em posição deitada. É fundamental que haja um esvaziamento completo de todo o conteúdo intestinal (=preparação Intestinal para o exame), senão deixa de haver visibilidade e o exame é considerado Inconclusivo.

A vantagem deste exame, quando comparado com outros métodos, como o clister opaco e a colonoscopia virtual, é o facto de permitir a colheita de amostras (biópsias) e tratamentos endoscópicos, como estancar sangramentos e remover pólipos (polipectomias). Estes tratamentos acabam por evitar/substituir uma cirurgia. No entanto, em muito raros casos, podem surgir complicações da colonoscopia, cuja resolução justifique uma cirurgia. Se após deixar o hospital notar algo de anormal, nomeadamente perdas de sangue pelo ânus, dores abdominais fortes ou vômitos de repetição, não hesite em contactar-nos ou então dirigi-se ao hospital da sua residência e fazer-se acompanhar do relatório do exame. Declaro que tomei conhecimento das condições do exame e autorizo a sua execução, bem como as atitudes julgadas necessárias para resolução de eventuais complicações.

MEDICAÇÃO HABITUAL: (nome dos medicamentos que toma diariamente)

Tomei conhecimento:

Ass: _____ Data: _____

O Chefe de serviço

Eduardo fazenda
TConMed

Em caso de impossibilidade de comparecer, contacte o serviço pelo 217519674 (Tel. Directo) ou pelo 508346 (Tel. Interno) ou pelo email: hfar.gastro@defesa.pt

É favor de comparecer com 30 minutos de antecedência.



Anexo D — Consentimento Informado Livre e Esclarecido para Atos Médicos – Intervenção Cirúrgica



MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL
HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS
PÓLO DE LISBOA

Serviço de Cirurgia Geral

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ACTOS MÉDICOS

Nº PROCESSO: EXT/

ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: *Hospital das Forças Armadas*

NOME DO DOENTE:

Serviço:

DATA DE NASCIMENTO:

a preencher pelo MÉDICO

TIPO DE PROCEDIMENTO MÉDICO OU CIRÚRGICO

Confirmo que expliquei ao doente, aos pais ou ao seu representante legal, de forma adequada e inteligível, os diagnósticos, as intervenções ou os tratamentos referidos, o tipo de anestesia no caso de ser proposta, assim como os riscos e as complicações, e as alternativas possíveis à situação clínica.

ASSINATURA:

DATA:

NOME DO MÉDICO:

DOENTE / PAIS / REPRESENTANTE LEGAL

- Por favor, leia com atenção todas as indicações constantes neste documento.
- Não hesite em solicitar mais informações ao médico se não estiver completamente esclarecido.
- Verifique se todas as informações estão correctas. Se tudo estiver conforme, então assine o documento.

Declaro que concordo com o que me foi proposto e explicado pelo médico que assina este documento. Autorizo a realização dos actos médicos indicados, bem como os procedimentos adicionais que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas.

ASSINATURA:

NOME:

B.I. nº: _____ de _____, passado pelo Serviço de Identificação de _____

MORADA: (Se não for o doente) _____

GRAU DE PARENTESCO:

Achegas dos Ulmeiros • 1645-020 Lisboa • Tel: 217 519 690 • Fax: 217 519 689
E-mail: hlar.secdin@defesa.pt



Anexo E — Consentimento Informado/Esclarecido da Anestesia



MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL
HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS
POLO DE LISBOA

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS

Número
SNS:
Nome:

Tipo de Procedimento Anestésico Proposto

Geral Local-Regional

▶▶ A preencher pelo Médico

Confirma que expus ao doente ☒ aos pais ☐ ou ao seu representante legal ☐ de forma adequada e inteligível, o tipo de anestesia proposta, as potenciais benefícios e prejuízos, as alternativas possíveis, a previsibilidade de êxito da sua aplicação, possíveis problemas relacionados com a recuperação e possíveis resultados da decisão de não realização de tratamento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão.

Assinatura: _____

Data: 29/11/2017

▶▶ A preencher pelo Doente / Pais / Representante legal (riscar o que não interessa)

Declaro ter compreendido os esclarecimentos dados pelo médico Anestesiologista sobre a técnica anestésica proposta de forma a que o procedimento possa ser realizado, a possibilidade de mudar ou complementar o tipo de anestesia proposta, assim como os benefícios, complicações ou riscos de administração da mesma, para além dos riscos inerentes à técnica previamente estabelecida. Estes riscos, embora raros, podem incluir lesões dentárias, de mastigação, das cordas vocais, problemas respiratórios, lesões das artérias e/ou veias, dores, dores de cabeça, hemorragias, infeção, reações adversas aos medicamentos, assim como ao sangue e derivadas, lesões de nervos com perda de função dos mesmos, paralisia, danos cerebrais, e até mesmo a perda da própria vida.

Autorizo a realização das atos médicos indicados, bem como os procedimentos adicionais necessários, no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Assinatura _____ 29 de Novembro de 2017

Se não for o doente,

Nome _____

Morada: _____

Documento de identificação: _____ de ____ / ____ / ____

Grau de parentesco/ título de representação: _____



Apêndice A — Modelo de Análise - Pergunta de partida, Perguntas derivadas, Hipóteses, Conceitos, Dimensões e Indicadores.

Pergunta de Partida	Perguntas Derivadas	Hipóteses	Conceitos	Dimensões	Indicadores
De que forma o processo do Consentimento Informado/Esclarecido em vigor no HFAR-PL, fornecido ao utente internado nos departamentos médico e cirúrgico, cumpre os requisitos éticos e legais?	PD1 – Quais os PS que fornecem o CI/E e associado a que situações clínicas (exame completo de diagnóstico, técnica invasiva, intervenção cirúrgica)?	H1 – É o PS executante do exame, técnica ou intervenção a fornecer ao utente os respetivos dados inerentes à situação.	- Aspetos legais do CI/E - Processo do CI/E	- Legal	- Cumpre os requisitos legais presentes na Norma 15/2013 da DGS - Procedimentos dos PS
	PD2 – Será o momento e o tipo de CI/E fornecido ao utente o mais adequado?	H2 – O CI/E deve ser oral e escrito, assinado pelo utente, contendo todos os dados obrigatórios e entregue em tempo útil (prévio).	- Tipo de CI/E - Modelo do CI/E	- Ética/Legal	- Dados fornecidos cumprem requisitos descritos nos Códigos Deontológicos dos médicos e enfermeiros - Cumpre os todos os requisitos legais relativamente à informação fornecida ao utente - Constituição da República, Código Civil, Código Penal
	PD3 – Que importância atribui o utente ao CI/E?	H3 – O utente reconhece o CI/E como importante, porque é um direito que lhe assiste para que possa, em consciência, tomar decisões relativamente à sua pessoa.	- Princípios Éticos - Carta de Direitos dos Doentes	- Ética	- Tomada de decisão do utente, baseada no Princípio da Autonomia - Grau de importância do CI/E como direito do utente
	PD4 – De que forma o utente fica, mais do que informado, satisfeito e esclarecido face aos dados que lhe são fornecidos no CI/E?	H4 – O utente fica satisfeito e esclarecido com o CI/E, uma vez que este fornece todos os dados descritos nos vários códigos ético-legais.	- Conteúdo do CI/E	- Humana	- Esclarecimento do utente relativamente à situação clínica - Grau de satisfação do utente face aos dados fornecidos

Fonte: Adaptado de Freixo (2012 cit. IESM, 2016).



Apêndice B — Questionário

Nº _____ Data _____ Hora _____ Local _____

Dados do doente:

- Sexo

Feminino _____ Masculino _____

- Idade _____

- Assistência

ADSE _____ Segurança Social _____

ADM: Militar _____ Outro _____

Familiar _____

- Admissão (baixa hospitalar) pela: Urgência _____ Consulta _____

Outra _____ Qual? _____

- Internamento do foro: Cirúrgico _____ Médico _____

Especialidade _____

Questões:

TÉCNICA INVASIVA

1. Durante o internamento foi sujeito a algum exame médico com recurso a técnica invasiva?

Sim _____ Não _____

2. De que tipo? Algaliação _____ Biópsia _____ Cateter Venoso Central _____

Entubação Naso-gástrica _____ Endoscopia Digestiva _____

Colonoscopia _____ Pequena Cirurgia _____

Angiografia _____ Cistoscopia _____

Urografia _____ Outra _____

3. Em relação à técnica invasiva foi esclarecido quanto a:

- Técnica _____
- Riscos _____
- Benefícios _____



- Alternativas_____
- Limitações_____
- Tempo de recuperação_____
- Outros_____

4. Qual foi o profissional que o esclareceu?

Assistente operacional_____ Enfermeiro_____ Médico Assistente_____

Médico que realizou a técnica_____ Secretária/administrativa_____

Outro_____

INTERVENÇÃO CIRÚRGICA

5. Durante o internamento foi alvo de intervenção cirúrgica?

Sim_____ Não_____

Se sim, de que especialidade:

Ortopedia_____ Cirurgia Geral_____ Urologia_____

Otorrinolaringologia_____ Cirurgia plástica_____ Neurocirurgia_____

Outra_____

6. Em relação à cirurgia foi esclarecido quanto a:

- Técnica_____
- Riscos_____
- Benefícios_____
- Alternativas_____
- Cuidados pré-operatórios_____
- Cuidados pós-operatórios imediatos_____
- Cuidados pós-operatórios mediatos_____
- Limitações_____
- Tempo de recuperação_____
- Outros_____

7. Qual foi o profissional que o esclareceu?

Assistente operacional_____ Enfermeiro_____ Médico Assistente_____



Médico Cirurgião_____ Secretária/administrativa_____ Outro_____

CONSENTIMENTO INFORMADO/ESCLARECIDO

8. Foi-lhe proposto o consentimento informado/esclarecido?

Sim_____ Não_____

Associado a que situação clínica?

Técnica invasiva_____ Intervenção cirúrgica_____ Outra____Qual?_____

9. Que tipo de consentimento informado/esclarecido foi fornecido?

Oral_____ Escrito_____ Ambos_____ Nenhum_____

10. Assinou o documento do consentimento?

Sim_____ Não_____

Se sim, quem lhe forneceu o documento?

Assistente operacional_____ Enfermeiro_____ Médico Assistente_____

Médico Especialista_____ Secretária/administrativa_____

Outro_____ Qual?_____

Ficou com uma cópia?

Sim_____ Não_____

11. Qual foi a altura (temporal) da entrega da proposta de consentimento informado/esclarecido?

- Antes da baixa ao internamento_____
- Na consulta_____ Na urgência_____ Outro_____
- No primeiro dia de internamento hospitalar_____
- Na véspera da técnica ou intervenção _____
- Imediatamente antes (minutos) da técnica ou intervenção_____
- Após a técnica ou intervenção_____
- Outra_____ Qual?_____

12. Achou importante essa informação/esclarecimento?

Sim_____ Não_____



Se sim, porquê?

Por se tratar dum direito_____ Outro_____ Qual?_____

13. Participou no processo de decisão?

Sim_____ Não_____

Se não, porquê?

Recusou_____ Não lhe foi dada oportunidade_____ Outra_____ Qual?_____

14. O procedimento do profissional foi de encontro às suas expectativas, fornecendo todos os dados obrigatórios que necessitava?

Sim_____ Não_____

15. Em relação à explicação fornecida, sentiu-se:

Informado_____ Esclarecido _____ As duas opções _____ Nem uma nem outra_____

16. Ficou satisfeito com o consentimento informado/esclarecido?

Sim_____ Não_____

Se sim, porquê?

- Retirou todas as dúvidas_____
- Os procedimentos foram bem explicados por alguém conhecedor_____
- Participou no processo de decisão_____
- Outro_____ Qual?_____

Se não, porquê?

- Não lhe foram explicados os procedimentos_____
- Os procedimentos foram mal efetuados, por alguém sem conhecimentos_____
- Não participou no processo de decisão_____
- Outro_____ Qual?_____

Obrigado pela sua colaboração



Apêndice C — Pedido de Aplicação do Questionário



MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL
ESTADO-MAIOR GENERAL DAS FORÇAS ARMADAS
HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS

Almeida
Bar

Exmo Senhor Diretor do Hospital das Forças Armadas

Venho por este meio pedir autorização a V. Exa para a aplicação do questionário anexo, nos Departamentos Médico e Cirúrgico do HFAR-PL, com o objetivo da realização do estudo de investigação "Consentimento Informado/Esclarecido", no âmbito do Curso de Promoção a Oficial Superior 2017/18, a decorrer no Instituto Universitário Militar.

Sem outro assunto, mui respeitosamente

Lumiar, 21 de dezembro de 2017


Cap'TS